

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 188

THÈSE

N°

334

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 23 juillet 1889, à 9 heure

Par ALEXANDRE RIZKALLAH

Né à Lybau (Syrie), le 10 février 1858

Médecin des Hôpitaux d'Alexandrie (Égypte)

ÉTUDE CRITIQUE DU TRAITEMENT

DES

SALPINGITES

ET EN PARTICULIER LA VALEUR DU CURETTAGE DE L'UTÉRUS

DANS LA SALPINGITE CATARRHALE.

Président : M. DAMASCHINO, professeur

*Juges : MM. { KIRMISSON, professeur.
CAMPENON, BRISSAUD, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHEL.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale	{	DAMASCHINO.
		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	{	GUYON.
		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		DUPLAY.
Pharmacologie.		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.		HAYEM.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés		PINARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale		STRAUSS.
Clinique médicale.	{	G. SÉE.
		POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
Maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		CHARCOT.
Clinique chirurgicale	{	RICHEL.
		VERNEUIL.
		TRELAT.
		LE FORT.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchement		TARNIER.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. HANOT	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANRIOT	POIRIER, chef	REYNIER
BOUILLY	HUTINEL	des travaux	RIBEMONT-
BRISAUD	JALAGUIER	anatomiques	DESSAIGNES
BRUN	JOFFROY	POUCHET	ROBIN (Albert)
BUDIN	KIRMISSON	QUENU	SCHWARTZ,
CAMPENON	LANDOUZY	QUINQUAUD	SEGOND
CHAUFFARD	MAYGRIER	RAYMOND	TROISIER
DEJERINE		RECLUS	VILLEJEAN

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON EXCELLENT MAÎTRE

SON EXCELLENCE LE DOCTEUR SALEM PACHA

Médecin particulier de son Alt. le Khédive
Ancien président de la Direction Sanitaire du Caire
Président et professeur de clinique et de pathologie interne
à la Faculté de Médecine du Caire

Hommage respectueux.

A MONSIEUR XAVIER CHARMES

Membre de l'Institut
Directeur au ministère de l'Instruction publique

Témoignage d'amitié et de reconnaissance.

A MON TRÈS CHER AMI

SON EXCELLENCE BICHARA-TAKLA BEY

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. DAMASCHINO

Professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine

Membre de l'Académie de médecine

Médecin de l'hôpital Laënnec

Témoignage de profonde gratitude.

A MON VÉNÉRÉ MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

Membre de l'Académie de médecine

Membre de la société de chirurgie

Chirurgien de l'hôpital Necker

Témoignage de profonde reconnaissance.

ÉTUDE CRITIQUE DU TRAITEMENT

DES SALPINGITES

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales nous considérons comme un devoir bien doux de rendre un hommage aux maîtres éminents dont nous avons suivi les savantes leçons.

Que MM. les professeurs Charcot, Guyon, Bouchard, Potain et Tarnier reçoivent ici l'expression de notre profonde gratitude pour la bienveillance avec laquelle ils nous ont accueillis dans leurs services hospitaliers.

Nous remercions M. le Dr Pozzi de nous avoir ouvert avec tant d'affabilité les portes de sa clinique gynécologique. Jamais nous n'oublierons ses précieux enseignements. Nous n'avons qu'un regret c'est de n'avoir pu rendre ce modeste travail digne de ce maître éminent.

Que M. le professeur Damaschino veuille bien accepter l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour

l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Que nos autres maîtres, MM. Blanchard, Reclus, Picqué, Richet, Kirmisson, Budin, Bouilly soient assurés de notre respectueuse affection.

INTRODUCTION

L'histoire de la salpingite est relativement récente. Il suffit pour s'en convaincre de parcourir les travaux d'Arran, de Nonat, de Bernutz, de Goupil, pour voir qu'il n'en est pas fait mention.

Ces tumeurs dont la délimitation, la localisation sont aujourd'hui si faciles, grâce à la combinaison du toucher vaginal avec la palpation abdominale sont successivement regardées par les uns, comme l'*utérus engorgé en totalité ou en partie* par les autres comme des *dépendances du tissu cellulaire péri-utérin enflammé*, par quelques-uns enfin, comme des *péritonites localisées*. A cette dernière idée se rattache surtout le nom de Bernutz. Mais on ne s'aperçoit pas qu'entre l'inflammation utérine et la pelvi-péritonite il manque un trait d'union et que la salpingite est le seul anneau qui puisse réunir les deux extrémités de cette chaîne pathologique.

Il faut arriver jusqu'à la thèse de Sindey en 1860 pour entendre signaler et décrire les altérations des annexes de l'utérus si fréquentes dans les maladies dites utérines. La thèse inaugurale de Brouardel (1865) marque encore une nouvelle étape dans l'histoire des affections des trompes. En somme dès cette époque on possède tous les éléments de la question tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, mais on s'acharne à considérer les voies lymphatiques comme les seuls agents de trans-

mission de l'inflammation utérine et l'on en conclut que les lésions des trompes sont des quantités négligeables en gynécologie. C'est à peine si l'on trouve un clinicien qui comme Gallard admette l'ovarité.

Comment de tous ces matériaux épars parvint-on à édifier un tout à créer presque une affection nouvelle ?

Ce fut grâce à des recherches anatomo-pathologiques plus complètes, à une exploration clinique plus parfaite, mais surtout à la possibilité d'enlever presque sans danger ces organes profondément altérés et partant inutiles et dangereux.

Aux recherches anatomo-pathologiques déjà si remarquablement faites par Sindey et Brouardel, vinrent s'ajouter successivement les importants travaux de Hennig (1), de Baudl (2), d'Orthmann (3), de Cornil et Terrillon (4). Ces derniers auteurs proposèrent la classification suivante :

- 1° Salpingite catarrhale végétante ;
- 2° Salpingite purulente ;
- 3° Salpingite hémorrhagique ;
- 4° Salpingite blennorrhagique ;
- 5° Salpingite tuberculeuse.

Il était naturel qu'on recherchât dans ces dernières années la présence de microbes pathogènes dans les exsudats des trompes de Fallope, le bacille de Koch surtout,

1. Hennig. *Krankheiten den Eleiter.*
2. Baudl. *Krankheiten den Euben.*
3. Orthmann. *Anatomie normale et pathologique des trompes. Virchow's Archiv.*
4. Cornil et Terrillon. *Archiv. de physiologie, 1887.*

ou bien encore le gonocoque de Neisser. Ces recherches n'ont pas donné les résultats qu'on devait en attendre. Dans bien des cas de salpingites cliniquement tuberculeuses ou blennorrhagiques, l'examen bactériologique a été négatif. Il n'est guère qu'Orthmann qui ait pu cultiver une seule fois le gonocoque de Neisser, pris sur une trompe enlevée par Martin de Berlin (1).

Au troisième congrès de la *Société allemande de gynécologie*, tome II, Fribourg en Brisgau du 12 au 14 juin 1889. M. Werth de Kiel a rapporté un fait de pyo-salpingite gonorrhéique dans lequel le professeur Heller parvient à colorer le gonocoque de Neisser.

Le bacille de Kock a été plus souvent décelé, surtout dans les salpingites tuberculeuses chroniques.

En même temps que se complétait l'anatomie pathologique des trompes, l'exploration de ces organes, profondément cachés dans l'excavation du petit bassin sur les côtés de l'utérus, faisait de grands progrès. On se bornait il y a vingt ans encore à faire successivement le palper abdominal et le toucher vaginal, puis on introduisait un spéculum, et ces sensations isolées, vagues, servaient de base au diagnostic. Aujourd'hui l'examen des patientes se fait de toute autre façon. La malade est couchée sur un lit résistant, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses fléchies sur le bassin (2).

1. Gesells chaft für Geburtshilfe und gynæcologie (28 janvier 1887).

2. En Angleterre on adopte surtout la position dite de Sims, c'est-à-dire le décubitus latéral gauche.

La palpation simple de la paroi abdominale est alors pratiquée, et si elle ne donne rien comme c'est l'ordinaire, on passe à l'exploration combinée. Deux doigts, l'index et le médius sont introduits dans le vagin.

Après qu'on a reconnu la situation exacte de l'utérus les modifications pathologiques qu'il peut présenter tant dans son col que dans son corps, les deux doigts rasant la paroi postérieure du vagin, la concavité du sacrum vont sur les côtés de l'utérus à la recherche des annexes.

Pendant ce temps l'autre main déprime progressivement la paroi abdominale. Peu à peu les deux mains arrivent au contact circonscrivant l'ovaire et les trompes, notant la moindre augmentation de volume, le plus petit degré de sensibilité. Parfois et nous l'avons vu pratiquer à maintes reprises dans le service de M. Pozzi, il peut être utile de donner aux malades quelques gouttes de chloroforme soit que les parois abdominales trop épaisses ou trop résistantes ne se laissent pas déprimer ; soit que les malades craintives ou nerveuses se raidissent et se contractent. « Cette méthode dit Martin (1) donne des renseignements tellement précis sur l'état des viscères pelviens que c'est à peine s'il devint nécessaire de se servir de l'hystéromètre ».

L'examen fait avec le spéculum ou mieux avec le dé-

1. Aug. Martin. *Docent de gynécologie à l'université de Berlin. Traité clinique des maladies des femmes* traduit sur la 2^e édition allemande par les Dr H. Varnier et F. Weiss, avec préface de S. Pozzi agrégé de la faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal, page 14.

presseur de Simon fournit les indications complémentaires au diagnostic.

Dans quelques cas, par exemple lorsqu'il s'agit d'explorer le cul-de-sac de Douglas ou d'être fixé sur la présence d'exsudats paramétriques ou péri-ovariques, ou bien encore dans le toucher des filles vierges, le toucher rectal peut donner d'excellents renseignements. Mais dans ces manœuvres il faut une délicatesse extrême pour arriver au but désiré.

On conçoit qu'en possession de ces moyens d'exploration qu'on s'étonne de voir nés d'hier, tant ils sont simples, le doigt pour ainsi dire sur la plaie, et sur une plaie dont on connaît bien maintenant le siège, on conçoit disons-nous, que la chirurgie nouvelle qui peut être téméraire parce qu'elle est antiseptique ait songé à substituer aux traitements anciens et presque toujours inefficaces des maladies des trompes, une thérapeutique plus radicale.

Hégar est le premier qui ait fait en connaissance de cause l'extirpation de la trompe de Fallope (1). Avant lui Lawson Tait (2) l'avait accidentellement pratiquée au cours d'une ovariectomie.

Mais ce dernier chirurgien a pour ainsi dire faite sienne cette opération, qu'on désigne souvent sous le nom de Tait's opération » L'essor était donné, la salpingectomie prenait droit de cité, et d'abord en Allemagne ou en

1. Hégar. *Castration des femmes*, 1878.

Centralblatt für Gynæcologie, 1878.

2. *Britisch. méd. journal*, 11 mars 1877.

Angleterre; notre chirurgie plus prudente attendait encore, et ce n'est guère que depuis 1885 qu'elle s'est acclimatée chez nous et est devenue une intervention fréquente entre les mains de MM. Pozzi, Terrillon, Bouilly, Terrier, Segond, Lucas-Championnière, pour ne désigner que les maîtres les plus autorisés en gynécologie.

Les travaux se sont rapidement multipliés. La thèse de *Montprofit* faite il y a une année à peine, renferme de la façon la plus complète l'exposé de nos connaissances actuelles sur la salpingite. Il semble qu'il n'y ait rien à ajouter sur la question après ce mémoire remarquable qui touche à tous les points, étiologie, pathogénie, anatomie, diagnostic, traitement, et qui les épuise tous.

Toutefois il nous a semblé que quelque chose des salpingites restait encore confus. Nous avons en effet été frappé en fréquentant les services hospitaliers plus spécialement affectés à la gynécologie, de voir que nos maîtres appliquaient à des formes semblables de salpingites des traitements absolument différents, tant au point de vue de la gravité de l'acte opératoire que de l'avenir de la vie sexuelle des malades. Nous avons été frappé de constater des guérisons complètes après des opérations indirectes, faites non plus sur la trompe elle-même, mais sur l'utérus.

Nous nous sommes demandé alors s'il n'y aurait pas moyen de classer les traitements divers de salpingites comme les salpingites elles-mêmes, si l'on ne devait pas en quelque sorte *grader l'intervention à la lésion*, si enfin la castration de la femme dont on se fait aujourd'hui un jeu, ne devait pas être nécessaire sans hésitation, dans

uncertain nombre de cas de salpingites, mais réservée, sinon complètement, du moins pour un temps dans nombre d'autres (1).

Sur les conseils de M. Pozzi nous avons entrepris cette étude critique du traitement des salpingites. Nos conclusions s'appuieront sur des faits cliniques appartenant à ce maître éminent.

Nous n'avons pas la prétention de donner à ce modeste travail les allures d'une œuvre originale. Ce que nous voulons, le but vers lequel nous tendons, c'est de marquer la première étape de recherches ultérieures qui fixeront définitivement la thérapeutique chirurgicale des salpingites. En restreignant la laparatomie aux cas qui la réclament énergiquement, on aura peut-être de moins brillantes statistiques, mais à coup sûr, suivant une parole profonde de notre vénéré maître, M. le professeur Guyon, qui s'applique bien au sujet qui nous occupe « on fera œuvre de chirurgien et non d'opérateur ».

1. Un chirurgien américain dans un mémoire récent proteste contre la *mutilation* des annexes utérines dont sont victimes bon nombre de femmes. Certes nous n'approuvons pas absolument sa manière de voir exagérée, mais il faut bien reconnaître que peut-être quelques chirurgiens ont prêté le flanc à une réaction qui peut paraître précocce.

Breacking. T. C. Observations on the Conservative treatement of diases of the female pelvi organs their hosty mutilation bythe Knife. Arc. g. obst. N. 3, G. 4889.

DIVISION DU SUJET

Comme nous l'avons indiqué dans notre introduction, nous n'avons en vue dans cette thèse que l'étude critique du traitement des salpingites. La partie clinique et anatomo-pathologique n'y figure qu'autant qu'il sera nécessaire de l'invoquer pour baser nos indications thérapeutiques : Nous retiendrons dans le but que nous nous sommes proposé les formes cliniques suivantes de la salpingite :

- 1° Salpingite catarrhale ;
- 2° Hydrosalpinx ;
- 3° Hématosalpinx ;
- 4° Pyo-salpinx ;
- 5° Salpingite tuberculeuse.

Cette classification repose, croyons-nous, à des types classiques nettement définis. Il est en effet certaines variétés anatomo-pathologiques dont le diagnostic est au-dessus des efforts des cliniciens.

Il paraît peut-être excessif de faire un chapitre spécial pour la salpingite tuberculeuse. Mais la marche, les complications, l'importance de son diagnostic précoce, et plus tard les contres-indications opératoires qu'elle porte avec elle, nous ont décidé à la séparer de la grande classe de pyo-salpingite (1).

Nous n'avons pas à faire ici une classe à part de la

1. Montprofit, dans sa thèse déjà citée, range la salpingite tu-

salpingite dite syphilitique. D'ailleurs, d'après Bouchard et Lépine (1), la syphilis de la trompe est rare et c'est la salpingite interstitielle qui serait provoquée par ces processus.

Dans un premier chapitre nous passerons en revue, par un historique rapide, les traitements autrefois appliqués aux salpingites, alors que cette affection était confondue avec les autres lésions utérines ou péri-utérines.

Dans un deuxième chapitre nous examinerons successivement les traitements actuellement dirigés contre les lésions tubaires et nous en ferons deux grandes classes :

- 1° Traitements directs ;
- 2° Traitements indirects.

Un troisième chapitre le plus important de notre thèse, sera consacré à l'étude vraiment critique de ces traitements : il résumera en quelques sorte nos observations et nous permettra de déterminer, d'après les résultats relatés dans ces observations, *quand* et pourquoi l'on doit préférer le *traitement indirect au traitement direct*.

berculeuse parmi les pyo-salpingites. Les raisons que nous avons indiquées nous permettent de ne pas accepter complètement son opinion.

1. Bouchard et Lépine, Société de Biologie, 1886 (voir l'article d'Édouard Blancha, *Progrès médical*, n° 7, 2^{me} série, 16 février 1889).

TRAITEMENTS ANCIENS

Ils étaient presque exclusivement médicaux. A l'époque où la salpingite était confondue avec la métrite, le traitement de l'un était forcément le traitement de l'autre. On faisait des cautérisations du col, des saignées locales, sangsues, scarifications, on combattait la leucorrhée par des injections astringentes, et parfois quand ces divers traitements s'alliaient à un repos complet on obtenait des résultats satisfaisants.

Les bains de siège étaient également en honneur. Les topiques locaux, crayons médicamenteux, tampons à la glycérine, jouaient un rôle prépondérant dans cette thérapeutique à distance. C'était un traitement d'une innocuité parfaite et si parfois il a pu aboutir à une amélioration ou à une guérison complète, c'est qu'on se trouvait sûrement en présence d'une forme catarrhale légère. On amendait la métrite et il se faisait une propagation de guérison.

A l'époque où les salpingites furent regardées comme des inflammations péri-utérines, paramétrites, cellulites pelviennes, pelvi-péritonites localisées, abcès du ligament large, on faisait suivant le cas un traitement médical ou chirurgical le plus ordinairement mixte. Contre les empâtements péri-utérins sans collection purulente bien nette, on dirigeait tout un arsenal d'antiphlogistiques (cataplasme, pommade mercurielle belladonnée, sangsues) et

des révulsifs (vésicatoires, cautères, etc). A chaque poussée inflammatoire on répétait la même thérapeutique.

Si au contraire on se trouvait en présence d'un abcès facilement accessible par le vagin ou par le rectum, on ponctionnait la tumeur, ou bien on la drainait, si l'on croyait pouvoir l'atteindre par la voie abdominale dans le cas où elle était inaccessible par les voies vaginale et rectale, on s'enhardissait jusqu'à la ponctionner, trop heureux quand cette intervention n'était pas le point de départ d'une péritonite purulente mortelle.

Telle est dans son ensemble la thérapeutique ancienne des affections utérines, dans lesquelles se trouvait englobée alors la salpingite.

Cette thérapeutique a encore ses partisans, surtout en ce qui concerne la *révulsion*. On la fait même plus complète; aux vésicatoires appliqués sur la paroi abdominale on combine les injections vaginales répétées d'eau chaude à 45°. Comme autrefois on améliore considérablement les malades dans certains cas, mais actuellement où l'on fait d'une façon certaine, non seulement le diagnostic d'une salpingite, mais encore le diagnostic de sa forme, on constate que l'amélioration due au repos prolongé et à la révulsion n'est obtenue que dans les formes catarrhales. Une pyo-salpingite ne peut s'amender que transitoirement par un traitement qui n'atteint pas la lésion elle-même.

TRAITEMENT CHIRURGICAL MODERNE

Actuellement on peut dire que la thérapeutique des lésions tubaires ressort exclusivement de la chirurgie.

Celle-ci peut porter son action sur les trompes d'une façon directe ou d'une façon indirecte. Le traitement direct est fort bien exposé dans la thèse de Montprofit, mais il est à remarquer que cet auteur est muet sur le traitement indirect.

Nous classerons les opérations sur les trompes de la façon suivante :

1° TRAITEMENTS DIRECTS.

Massage. Expression des trompes.

Voie vaginale ou rectale :

1° Ponction simple aspiratrice;

2° Ponction suivie de drainage;

3° Incision.

Voie abdominale :

1° Ponction;

2° Laparotomie sous-péritonéale;

3° Laparotomie ordinaire.

2° TRAITEMENTS INDIRECTS.

- 1° Dilatation de l'utérus ;
- 2° Curettage utérin.

I. — TRAITEMENTS DIRECTS.

Massage. — Il est arrivé quelquefois qu'après une exploration un peu longue, durant laquelle une trompe avait subi une pression assez forte, on a vu s'écouler par le vagin une certaine quantité de liquide séreux, voire même, muco-purulent. Une nouvelle exploration faite immédiatement après l'écoulement montrait que la trompe avait diminué notablement de volume (1).

Quelques auteurs ont pensé qu'il y aurait peut-être lieu d'étendre ce manuel opératoire à des collections tubaires dont la nature séreuse ou séro-purulente serait clairement établie. Mais outre qu'il est souvent difficile pour ne pas dire impossible d'arriver à un diagnostic anatomo-pathologique si précis et que les gynécologues les plus autorisés se trompent fréquemment quand ils veulent atteindre à cette précision clinique, on conçoit combien cette manière de faire est hasardeuse, combien même elle est dangereuse quand on l'expérimente sur une pyo-salpingite dont on a méconnu la nature purulente. Pour qui-conque a vu des pièces de salpingites purulentes la fragi-

1. Frankenhauser a publié 6 guérisons par ce procédé. Il est vrai que dans 3 cas seulement la guérison s'est maintenue.

lité des parois doit rester toujours présente à l'esprit. Avec quelle facilité ne peut-on pas les rompre même par les manœuvres les mieux conduites. Des accidents péritoniques mortels seraient fatalement la conséquence de cette rupture.

A. — *Voie vaginale.* — 1° *Ponction simple aspiratrice.* — Elle doit se faire avec l'appareil Dieulafoy ou l'aspirateur Potain dans un vagin absolument aseptique.

2° *Ponction suivie de drainage.* — Elle ne diffère de la précédente que parce qu'elle est faite avec un gros trocart et suivie de la mise en place d'un drain qui permet la désinfection de la poche avec des liquides antiseptiques.

3° *Incision.* — Elle permet dans la cavité abdominale l'introduction d'un ou deux doigts qui vont à la recherche des trompes malades. Celles-ci débarrassées de leurs adhérences, ponctionnées même préalablement si leur volume est trop considérable, sont attirées au dehors et enlevées. C'est, qu'on nous passe l'expression une véritable *laparotomie vaginale* avec un champ opératoire difficile à maintenir aseptique, non seulement au moment même de l'opération, mais encore consécutivement. On peut faire le drainage dans le cas de pyo-salpinx.

B. — *Voie rectale.* — Il n'est guère que la ponction simple ou l'incision d'une poche accolée à la paroi rectale qui puisse se faire par le rectum dont on le comprend facilement, l'asepsie est encore plus difficile à obtenir que celle du vagin.

C. — *Voie abdominale.* — 1° *Ponction.* — Elle est extrêmement rare et ne peut guère être qu'exploratrice dans les cas d'une tumeur volumineuse.

2° *Laparotomie sous-péritonéale*. — C'est Hégar (1) qui le premier a systématisé ce procédé et formulé d'une façon nette et précise ses indications formelles dans les cas de suppuration pelvienne.

M. Pozzi ne connaissant pas encore le procédé d'Hégar, l'appliqua pour la première fois le 4 février 1885, et lui proposa le nom de LAPAROTOMIE SOUS-PÉRITONÉALE. (2) On incise la paroi abdominale au-dessus de l'arcade de Fallope sur une étendue de 10 à 12 centimètres, comme pour faire la ligature de l'iliaque externe. On sectionne couche par couche jusqu'au péritoine qui est décollé avec les doigts. On arrive ainsi sur la tumeur qui est incisée, puis drainée. Dans quelques cas il peut être utile de perforer le cul-de-sac latéral du vagin avec un gros trocart et de placer un tube qui ressorte par la plaie abdominale et par le vagin.

3° *Laparotomie proprement dite*. — De toutes les opérations qui permettent d'atteindre directement les trompes, la laparotomie est assurément la plus fréquemment pratiquée. Il serait fastidieux de rééditer ici un manuel opératoire vingt fois publié et d'ailleurs parfaitement décrit dans la thèse de Montprofit.

Qu'on nous permette d'insister seulement sur quelques détails. L'incision abdominale sera autant que possible petite, permettant l'introduction de deux ou trois doigts au plus.

1. Hégar. *Vortrag a. d. oberrhein aertztag* (Freiburg 1881).

2. S. Pozzi. *De la laparotomie sous-péritonéale en particulier dans le traitement des abcès pelviens et des hématoécèles pelviennes*. (Société de chirurgie, 14 avril 1886).

C'est la pratique de M. Pozzi. Si la trompe libérée soigneusement de ses adhérences est trop volumineuse pour franchir l'incision, guidée par les doigts du chirurgien, on la videra tout d'abord de son contenu au moyen d'un aspirateur Potain ou Dieulafoy. La trompe sera liée, soit avec un seul fil appliqué ou non suivant le procédé de Lawson Tait, soit au moyen d'une ligature en chaîne si le pédicule est volumineux. Ces ligatures faites à la soie seront posées le plus près possible de la corne utérine. Une fois la trompe sectionnée, le pédicule ne sera abandonné dans la cavité abdominale qu'après avoir été préalablement touché au thermo-cautère, puis à la solution phéniquée forte. L'abdomen est ordinairement refermé (1), après toilette du petit bassin.

Dans quelques cas, il est nécessaire de faire un drainage du cul-de-sac de Douglas, soit seulement au moyen d'un tube en T porté à travers le cul-de-sac à l'aide de la pince de Wölfler, soit encore avec un drainage de Mic-

1. Qu'il nous soit permis ici de signaler le procédé de suture abdominale appliqué par M. Pozzi. Ce chirurgien ferme la paroi par quatre plans superposés. Les deux plus profonds sont faits au catgut en surjet. Le plus profond comprend le péritoine, et l'aponévrose profonde des droits; le deuxième, les muscles droits et leur aponévrose antérieure. Au-dessus de ces deux plans sont placés de gros fils de soie (trois ou quatre points séparés) qui vont ressortir à deux bons travers de doigts des lèvres de l'incision. Ces fils qui constituent les *sutures de soutien* ne sont noués qu'après qu'on a placé un surjet superficiel à la soie ou au catgut fin ne comprenant que l'épaisseur de la peau.

kulickz, combiné au tube en T. Ce pansement de Mickulickz consiste en un bonnet de gaze iodoformée porté à l'aide de pinces jusque dans la partie la plus déclivée du cul-de-sac de Douglas, au contact du tube. Ce pansement est encore assez comparable à la corolle d'une fleur dont le fond serait dans le cul-de-sac et dont les pétales viendraient s'épanouir au niveau de la plaie abdominale restée béante.

Cette corolle est comblée de lanières de gaze iodoformée auxquelles sont attachés des fils de différentes couleurs. On peut ainsi noter à quelle couleur correspond la lanière la plus profonde, point important quand il s'agit de retirer ces lanières au deuxième jour après l'opération. Le bonnet de Mickulickz est retiré du quatrième au cinquième jour. L'on peut alors tenter la réunion des parois abdominales par des sutures comprenant toute leur épaisseur. Grâce à ce tamponnement on isole le cul-de-sac de la grande cavité péritonéale et quand on l'enlève il s'est déjà formé des adhérences dues à une péritonite plastique aseptique, qui font du trajet qui le contenait une cavité bien close. La persistance d'une fistule longue à se fermer est quelquefois la conséquence de l'application de ce traitement excellent en soi.

Quant au tube en T placé dans le cul-de-sac de Douglas il faut avoir soin d'envelopper son extrémité vaginale libre de gaze iodoformée. On l'enlève du sixième au septième jour en moyenne. La malade fournit elle-même cette indication, elle éprouve dans le bas-ventre une sensation de corps étranger et surtout un point douloureux, siégeant au niveau de l'ombilic.

On peut dire alors à coup sûr que l'extrémité intra-abdominale du tube est pressé de toutes parts par des néo-formations membraneuses dont il gêne la fusion. Il suffit d'une traction un peu forte sur le tube pour l'extraire du vagin.

Tels sont brièvement exposés les *traitements directs* les plus fréquents des affections tubaires. On les trouve signalés et décrits dans tous les ouvrages de gynécologie moderne, les détails abondent surtout en ce qui concerne la salpingectomie par la voie abdominale, mais dans aucun traité, ni dans celui de Gaillard Thomas (1) ni dans celui de Beny Hurt (2), ni dans celui de Schröder (3), ni enfin dans l'ouvrage plus récent de Martin et celui de Hofmeier (4), il n'est fait mention de ce que nous avons appelé les TRAITEMENTS INDIRECTS de la salpingite dont nous allons maintenant nous occuper.

II. — TRAITEMENTS INDIRECTS.

Il faut arriver jusqu'à ces dernières années pour trouver des mémoires concernant ce que nous avons appelé les *traitements indirects* de la salpingite.

Dans un travail lu à l'Académie Royale de médecine de Belgique en juillet 1887, M. Walton préconise pour le trai-

1. Gaillard Thomas. *Traité clinique des maladies des femmes*, (1879).

2. Beny Hurt — Freeland Barbours. *Gynécologie* (1886).

3. Carl. Schröder. *Maladie des organes génitaux de la femme*, (1886).

4. Hofmeier. Professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Wurzburg. *Manuel de gynécologie opératoire*. Juillet 1889.

tement des collections tubaires, même purulentes, le curetage et la dilatation de l'utérus.

M. Doléris partage les mêmes idées. Dans un mémoire intitulé « *Salpingite et Castration* » (1) il publie des observations analogues.

A. Freund de Strasbourg dans un remarquable travail paru « *in Sammlung Klinischer Vorträge* » de Volkmann, quelques mois avant celui de Goltschalk (2) réagit d'une façon exagérée contre la salpingectomie qu'il réserve seulement pour les affections développées dans des trompes demeurées à l'état infantile.

Tels sont les différents mémoires que nous avons pu trouver touchant la thérapeutique indirecte des trompes.

Mais déjà dans leur pratique plus d'un chirurgien se refusait à la salpingectomie à outrance, et tentait la guérison des trompes par des moyens moins radicaux. C'est ainsi que M. Pozzi bien avant l'apparition de ces mémoires traitait certaines formes de salpingites par le curetage et les injections iodées consécutives.

En somme comme nous l'avons indiqué plus haut les traitements indirects des trompes sont au nombre de deux et portent tous les deux sur l'utérus. Ce sont la *dilatation* et le *curetage*.

A. — *Dilatation*. — M. Doléris donne de la dilatation la technique suivante. L'utérus est d'abord dilaté à l'aide

1. Voir *Bulletins et Mémoires de la Société obstétricale de Paris*, n° 1, 1889, et *Journal de Médecine de Paris*, nos 7 et 8, 1889.

2. Goltschalk. *Zur Behandlung der Pyo salpino*. *Deutsche Medizinische Zeitung*, n° 30, 1889.

de lamineuses, puis quand la cavité est suffisamment agrandie on place des cônes d'éponges préparées, dont on augmente progressivement le volume. Cette distension peut être maintenue cinq jours et plus.

M. Doléris fait ensuite le curettage, cette dernière opération est suivie du DRAINAGE DE LA CAVITÉ UTÉRINE. Pour se faire « la cavité utérine est bourrée de gaze iodo-
« formée, fortement enduite de glycérine. Il ne faut pas
« craindre de tasser la gaze et d'en faire pénétrer autant
« qu'on peut de façon à profiter de l'astictité acquise
« des parois utérines et à augmenter encore si faire se
« peut leur distension et leur amincissement.

« Ce drainage doit être renouvelé tous les jours ou au minimum tous les deux jours; jusqu'à ce que l'examen bimanuel ait montré que la tumeur pelvienne a disparu.

Dans ce cas on peut diminuer la quantité de gaze à chaque pansement. Il me paraît prudent de ne pas rendre brusquement à l'utérus tout son ressort et de ne laisser les orifices revenir à leur dimension normale que peu à peu.

Plus tard quand l'*involution utérine* est complète, on fait aux malades des injections quotidiennes antiseptiques, et le vagin est obturé avec un tampon enduit de glycérine iodoformée à 5 pour 100 (1) ».

B. — *Curettage de l'utérus.* — La technique du curettage

1. Doléris. *Loco citato*.

a été fort bien exposée dans la thèse Despréaux (1) : *Manuel opératoire*. Bien que Hégar indique la position latérale comme pouvant être donnée à la femme chez laquelle on pratique le curettage, on place généralement celle-ci dans la position dorso-sacrée. Les cuisses sont fortement fléchies sur l'abdomen, les jambes sont fortement fléchies sur les cuisses. Deux aides placés de chaque côté tiennent sous leur aisselle le membre ainsi replié. Cette position, qui fait en quelque sorte jaillir le périnée, a l'avantage de permettre aux aides de disposer ainsi de leurs deux mains et de pouvoir aider facilement l'opérateur.

Un aide abaisse la commissure postérieure de la vulve, en déprimant en même temps la paroi vaginale, au moyen d'un spéculum univalve de Simon ou de Martin. Une valve supérieure en relevant la paroi opposée permet de saisir facilement l'utérus avec une pince de Museux ou de Braün, et de l'attirer à la vulve. La pince fixatrice remplace alors dans la main de l'aide la valve supérieure devenue inutile et qui est retirée. L'utérus est ainsi solidement fixé par la pince appliquée sur la lèvre antérieure du col, assez loin du bord libre, pour que, dans les cas où ce col est friable, il ne puisse pas céder sous la traction. La pince est relevée à angle droit, maintenue par la main d'un aide qui prend un point d'appui sur le pubis. La même main peut aussi fixer en même temps la canule mince et allongée, servant à l'irrigation continue, et qui est perpendiculairement dirigée sur l'orifice du col. Pendant toute l'opération, dont la durée est d'ailleurs

1. Despréaux. *Curettage de l'utérus*, th. de 1888.

très courte, le col utérin attiré à la vulve est ainsi baigné par une solution phéniquée à 25/1000, qui l'isole en quelque sorte de l'air extérieur.

La curette est alors introduite et dirigée vers le fond de l'organe. On gratte successivement les deux faces, puis les bords, les angles et le fond de la cavité, en procédant toujours du fond de l'utérus vers le col. A plusieurs reprises on ramène l'instrument en dehors et on le débarrasse des fongosités qu'il contient, en le trempant dans un vase rempli d'une solution phéniquée faible. Une partie de ces fongosités sont d'ailleurs entraînées par le courant d'eau phéniquée qui coule continuellement sur le col.

Le curettage terminé, une sonde à double courant est immédiatement introduite dans l'utérus qu'on lave avec une solution phéniquée à 1/1000. Les débris de muqueuse et le sang sont ainsi entraînés au dehors sans qu'il y ait à craindre, vu le facile écoulement du liquide, le passage de celui-ci dans les trompes.

La cavité utérine étant bien débarrassée des parcelles de muqueuse et des fongosités détachées, on introduit alors une petite seringue en gutta-percha, muni d'une tige longue et mince, et l'on fait une injection intra-utérine avec une solution de perchlorure de fer à 30°. La seringue de Braün, en gutta-percha, est celle dont on se sert à l'hôpital de Lourcine. La canule est percée d'orifices, disposés de telle sorte que le jet de liquide est dirigé de haut en bas, du fond de la matrice vers le col. Deux ou trois centimètres cubes suffisent pour la cautérisation. On doit se hâter de laver de nouveau la cavité utérine avec la sonde

à double courant qui entraîne l'excès de perchlorure de fer, les parois utérines revenant rapidement sur elles-mêmes et permettant quelquefois difficilement l'introduction de cette sonde.

Les pinces qui servaient à fixer l'utérus sont ensuite retirées, et après un dernier lavage du vagin, un tampon de gaze iodoformée est simplement placé au fond de ce dernier. On peut de plus recouvrir la vulve d'une compresse de gaze trempée dans une solution de sublimé et recouverte de gutta-percha ou de toile imperméable.

En général, la durée d'une opération faite sans difficultés spéciales varie en trois et cinq minutes.

Soins consécutifs. — Bien que les suites de l'opération soient en général bénignes, la malade doit garder le lit et ne se lever que le dixième ou le douzième jour (1).

Le tampon de gaze iodoformée est retiré le troisième jour. Lorsque le curettage a été fait contre une endométrite compliquée de salpingite, on commence alors les injections iodées. Celles-ci sont faites tous les deux jours pendant dix à douze jours. Elles sont précédées si l'orifice du col est suffisamment entr'ouvert, d'un lavage intra-utérin, d'une solution phéniquée faible (au 1/200) fait avec la sonde à double courant.

Nous en avons fini avec l'exposé des traitements variés applicables aux lésions des trompes. Nous signalerons pour être complet tous modes d'intervention relativement récents. Le massage de l'utérus, le procédé de Zuckerkauld, et la périnéotomie.

1. Cette description du curettage est empruntée textuellement à la thèse Despréaux.

Le massage dont l'idée revient à Thun Braudt de Stockholm a été défendu à la société impéριο-royale de médecine de Vienne, le 29 mars 1885, par Felluer Depe à la « *British Gynæcological Society* » Macnoughton Jones, le 20 mars 1889, avait rapporté plusieurs observations favorables, dues à ce mode de traitement. La discussion soulevée par cette communication fut des plus vives. Bautock et Edis (ce dernier au nom de la morale) combattirent le massage qui ne trouve qu'un seul défenseur, Macan (1).

Le procédé préconisé par Otto Zuckerkaudl (2) a beaucoup d'analogie avec la taille prérectale de Nélaton. Cet auteur ne l'a d'ailleurs fait que sur le cadavre.

Säuger (3) de Leipzig, a décrit sous le nom de périnéotomie un procédé qui consiste à aborder l'utérus et ses annexes par la fosse ischio-rectale.

Nous devons signaler ces modes d'intervention trop récents pour qu'on puisse juger leur valeur. Nous ne croyons pas cependant que les deux derniers soient appelés à détrôner la laparotomie, même l'incision vaginale. En résumé les traitements des salpingites sont multiples, et il n'en est pas un qui n'ait donné entre les mains de tel ou tel gynécologue au moins une guérison.

Tous, certes, ne méritent pas une égale faveur, et quelques-uns seulement se reportent à des indications précises. Ce sont ces indications qu'il nous reste maintenant à poser.

1. Dr Alfred Smith communique à Royal Academy of médecine in Ireland six cas de prolapsus utérin guéris par le massage. *The Lancet*, 20 juillet 1889 p. 116.

2. Wiener. *Med. Presse*, 17 février 1889.

3. 3^e Congrès de la Société allemande de Gynécologie, 12 juin 1889.

CHAPITRE III

DU CHOIX DU TRAITEMENT DES SALPINGITES.

Avant d'aborder franchement la question d'intervention, nous croyons nécessaire de donner de la symptomatologie clinique des salpingites un léger aperçu. Ce n'est pas là un hors-d'œuvre. Puisque nous avons la pensée de démontrer que, suivant sa forme, telle salpingite doit être passible de tel ou tel traitement, il nous paraît utile d'établir dans un exposé concis les caractères particuliers de chacune des formes comme, aussi les conditions, qui, dans des lésions semblables, doivent dicter une conduite différente.

SYMPTOMATOLOGIE

« Le début de la salpingite est parfois brusque, surtout dans l'infection blennorrhagique interne ou l'infection puerpérale survenant après un accouchement, un avortement. Il s'accuse par des douleurs vives dans l'abdomen, avec l'ensemble des phénomènes généraux graves, fièvre élevée, anxiété respiratoire qui accompagnent les pelvi-péritonites aiguës (1) ».

D'autres fois le début se fait au cours d'une période menstruelle par une brusque disparition de l'écoulement de sang. C'est le début ordinaire des hémosalpingites.

Enfin et ce début est le plus fréquent, les accidents surviennent lentement, d'une façon insidieuse. Les troubles de la menstruation dans ces formes chroniques, sont ordinairement le premier symptôme qui éveille l'attention.

Tantôt c'est une aménorrhée complète ou passagère, bien plus souvent ce sont des métrorrhagies extrêmement abondantes réapparaissant tous les 15 ou 20 jours.

La douleur est un phénomène constant. Elle siège à l'hypogastre, généralement plus accusée du côté de la trompe malade bilatérale quand les deux trompes sont également touchées. Elle s'irradie vers les cuisses, les reins, s'accroît par la fatigue, la marche, la station debout

1. Montprofit. *Loco citato*.

prolongée. Le coït est très douloureux, parfois insupportable ; les douleurs ont ordinairement pour caractère d'être sourdes et de ne revêtir un caractère aigu qu'à l'occasion d'une des causes que nous avons indiquées plus haut, ou bien encore à l'approche des règles. L'écoulement menstruel apporte souvent un bien être extraordinaire, sinon un soulagement complet. La défécation, la miction sont ordinairement douloureuses. Il n'est pas rare d'observer un phénomène décrit par Kaltenbach (1) sous le nom de *colique salpingienne*. C'est en quelque sorte une exaspération de la douleur dans l'une des fosses iliaques, au point ovarien situé au-dessus du ligament de Fallope, exaspération telle que la moindre pression sur la paroi abdominale, le moindre attouchement, la rendent intolérable. Chez les sujets prédisposés elle peut être l'occasion d'attaques d'hystérie. Cette colique dont la durée peut atteindre deux et trois heures, se termine toujours par l'expulsion à travers l'utérus d'une quantité variable de liquide séreux, purulent ou sanguin.

Tous ces phénomènes locaux n'évoluent pas sans s'accompagner de phénomènes généraux. Dans les périodes aiguës on trouve le cortège habituel des affections aiguës, fièvre, anorexie, troubles digestifs. Dans les formes chroniques on voit à la longue l'état général s'altérer, les malades maigrir, perdre leurs forces. L'état moral se ressent bientôt de cet affaissement physique.

On a signalé des troubles cérébraux simulant l'ataxie. Abandonnées à elles-mêmes les salpingites s'aggravent,

1. Kaltenbach. *Salpingite Cent. f. Gynéc.*, 1885, n° 43.

les collections intra-tubaires s'accroissent, distendent la trompe, dont les parois contractent des adhérences avec les organes voisins. On peut voir alors la tumeur s'ouvrir dans le vagin, le rectum, la vessie, etc. La guérison est exceptionnelle après ces ouvertures spontanées, plus ordinairement il persiste des fistules par lesquelles s'écoulent un pus fétide.

L'examen des malades en présence de toute cette symptomatologie s'impose. Il doit être pratiqué suivant les préceptes que nous avons exposés plus haut. C'est cet examen qu'on ne doit même pas hésiter à faire sous le chloroforme qui permet d'affirmer l'état des trompes. De la combinaison des signes physiques qu'il révèle avec les phénomènes cliniques présentés par la malade, doit résulter un diagnostic précis de la forme de la salpingite, et par conséquent un choix rationnel du traitement qu'il convient de lui appliquer.

Au point de vue des signes physiques, dit Montprofit, les salpingites peuvent être divisées en deux groupes cliniques :

- 1° Cas présentant une tumeur abdominale manifeste ;
- 2° Cas ne présentant pas de tumeur abdominale manifeste.

Nous conserverons cette division qui nous semble bien répondre aux faits observés.

1° Cas présentant une tumeur abdominale. — Il est des cas où la tumeur tubaire s'offre pour ainsi dire d'elle-même aux regards du chirurgien. Une palpation même superficielle de la paroi abdominale fait reconnaître entre l'ombilic et le pubis une zone d'empatement, répondant à

ce symptôme décrit autrefois sous le nom de *plastron abdominal* et regardé par les auteurs anciens comme produit par la propagation directe de l'inflammation cellulaire péri-utérine, laquelle s'est avancée jusqu'au dessous de l'ombilic en décollant le péritoine. Il est aujourd'hui démontré, grâce aux travaux de Terrillon (1) basés sur l'observation rigoureuse et attentive des faits, que cette pathogénie est fausse, et que le plastron est dû à la chute en avant des annexes enflammées et à leur accolement à la paroi abdominale. Le toucher vaginal révèle ordinairement dans ce cas-là une immobilité absolue de l'utérus qui semble comme enlisé dans une masse d'argile qu'on aurait coulé dans le petit bassin. On peut trouver à la paroi postérieure du vagin des plaques d'induration qui donne cette sensation décrite sous le nom de VAGIN DE CARTON. C'est encore dans des cas semblables (v. Obs. III) qu'il existe fréquemment des ouvertures vaginales ou rectales, par lesquelles se vident les collections tubaires. Même sous le chloroforme, il est difficile souvent, de limiter nettement une tumeur. Quant à faire l'exploration sans anesthésique, il n'y faut pas songer, elle est trop douloureuse pour qu'on puisse en tirer des indications suffisantes pour un diagnostic précis. Devant de pareils symptômes deux hypothèses seulement peuvent se poser. Est-on en présence d'un hémato-salpinx ou d'un pyo-salpinx. Un mode de début apyrétique survenant brusquement au cours des règles, s'accompagnant de syncopes, de frissons, etc., ou encore l'écoulement par le vagin d'un

1. Terrillon. *Archives de Tocologie*, mars 1889.

liquide poisseux noirâtre peuvent faire songer à l'hémato-salpingite. Un début franchement inflammatoire, une étiologie nettement blennorrhagique ou tuberculeuse, étiologie basée sur les antécédents, sur l'état général, sont plutôt en faveur d'une pyo-salpingite.

Au point de vue des signes physiques, la pyo-salpingite donnerait plus ordinairement la sensation d'une tumeur de consistance partout égale. L'hémato-salpingite, au contraire d'une masse alternativement composée de zones dures et de zones plus molles. Mais si l'on songe combien de facteurs peuvent s'ajouter pour modifier ces signes, les adhérences de l'épiploon, des tractus de formation nouvelle, étendus entre la trompe et le cul-de-sac de Douglas, pour ne citer que les modifications les plus souvent observées, on comprend combien sont possibles les mécomptes. La marche de la maladie, la révolution rapide de la masse enflammée, l'observation en un mot que doit faire tout chirurgien qui ne tourmente pas la « *fibris secundi* », pourront donner des indications précieuses. Chez une malade observée récemment dans le service de M. Pozzi, le diagnostic hémato-salpinx posé dès le début d'après les signes cliniques de cette affection (début brusque, syncopal, au moment des règles, qui se suppriment, écoulement vaginal de sang altéré), semble avoir été vérifié par la rapide résorption de la tumeur sous l'influence du repos et des injections vaginales d'eau antiseptique à 45°.

Les cas où la collection tubaire constitue une véritable tumeur abdominale, dit Montprofit, sont l'exception. Cette opinion nous semble un peu exagérée puisque dans l'es-

pace de deux mois il nous a été donné d'en observer deux cas dans le service de M. Pozzi (Obs. III et IV). Toutefois on peut dire en toute vérité que les cas où il n'existe pas de tumeur abdominale manifeste sont les plus ordinaires.

2° *Cas sans tumeurs manifestes.* — C'est alors que le chirurgien est amené à pratiquer l'examen des annexes de l'utérus par les symptômes cliniques présentés par le malade. Nous ne reviendrons pas sur la façon dont doit être faite l'exploration, nous y avons suffisamment insisté dans notre introduction.

Tantôt on tombe sur une tumeur nette, sans adhérences, donnant la sensation d'un corps régulier ou irrégulier, le plus souvent bosselé, dur ou légèrement fluctuant, dont le volume varie de celui d'une orange à celui d'une olive, séparée de l'utérus par un sillon très net. Tantôt ce n'est plus une tumeur, c'est un cordon qu'on fait rouler sous les doigts avec une sensation de plume d'oie ou encore d'un cordon spermatique.

Dans d'autres cas, la tumeur est adhérente dans les culs-de-sac antérieurs ou dans le cul-de-sac de Douglas. On ne peut percevoir ni la trompe ni l'ovaire au milieu d'une masse enflammée chaude, animée quelquefois de battements. Il est constant de déterminer par la pression même légère de la tumeur, une *douleur exquise* que Gallard attribue à l'ovarite, mais qui dépend beaucoup plus souvent de la tubo-ovarite.

Nous n'avons pas à traiter ici du diagnostic différentiel des affections tubaires. Cette question est magistralement traitée dans le livre de Martin et dans la thèse de Montprofit. Nous supposons l'existence de la salpingite mise

hors de doute. Il s'agit « d'une tumeur dont les rapports « avec l'utérus sont constatés par l'intermédiaire de son « extrémité utérine. Seule condition, dit Martin, qui me « permette d'affirmer mon diagnostic ».

Ceci posé est-il possible de dire quelle est la forme de cette salpingite ?

Pour la pyo-salpingite point de difficulté. Son origine presque toujours blennorrhagique, puerpérale ou tuberculeuse, sa marche particulière, un retentissement sur l'état général, la constatation enfin d'une tumeur fluctuante ou dure, inégale, bosselée, adhérente plus ou moins au cul-de-sac de Douglas ; voilà une symptomatologie bien précise, et qui peut rarement induire en erreur. Nous ne parlons pas à dessein de la découverte possible d'une fistule purulente vaginale ou rectale. Auquel cas, le diagnostic s'impose, pour ainsi dire.

L'hémato-salpinx est d'un diagnostic plus délicat, et dans bien des cas elle sera confondue avec la forme précédente. Des signes physiques presque identiques, seul un début particulier au milieu des règles, avec frisson, syncope, apyrexie, permettront de songer plutôt à l'hématosalpinx qu'à la pyo-salpingite. Malgré cela dans bien des cas les constatations anatomo-pathologiques infirmeront la clinique la mieux entendue. L'erreur sera d'ailleurs de peu d'importance parce que ces deux formes réclament un traitement unique, la laparotomie. D'après Martin d'ailleurs « le contenu de la trompe prendrait à chaque époque menstruelle une coloration hématique ». Il s'en suit qu'une même tumeur tubaire, suivant qu'elle sera enlevée à une époque plus ou moins rapprochée de la période

menstruelle pourra se montrer sous l'aspect d'une salpingite purulente. L'étiologie de l'hydrosalpinx est mal connue ; d'après les auteurs, est ordinairement consécutive à un arrêt de développement de l'utérus ou à une atésie de l'orifice cervical interne (1). C'est d'ailleurs dans cette forme qu'on observe surtout le phénomène décrit sous le nom de colique salpingienne, phénomène toujours suivi de l'évacuation par le vagin d'une plus ou moins grande quantité de liquide dont la nature est facile à apprécier.

La salpingite catarrhale est quelquefois difficile à diagnostiquer. Souvent par son étiologie blennorrhagique ou même puerpérale, elle peut faire croire à une pyo-salpingite, mais elle évolue sans troubles généraux, la trompe est ordinairement libre d'adhérences, et se présente à l'exploration comme un cordon dur, comparable au canal déférent, ou bien comme une petite tumeur allongée de consistance égale, sans irrégularité.

Il y a là entre cette forme catarrhale et la pyo-salpingite de petit volume des différences si minimes que souvent le doigt le plus exercé ne peut les percevoir. C'est alors qu'il faut tenir grand compte de l'absence des phénomènes généraux, et se souvenir de cette parole de Martin : « il ne faudra recourir à la salpingectomie que lorsque le « mal aura résisté aux autres tentatives thérapeutiques ».

Le diagnostic d'une affection tubaire doit être complé-

1. Nous venons de lire un article important sur le rôle étiologique de la gonorrhée dans les maladies des femmes, et dont l'auteur cite un cas d'hydrosalpinx ayant pour cause l'infection blennorrhagique. Charles J. Cullingworth. *British Medical Journal*, 20 juillet 1889, p. 122.

tée et cela surtout au point de vue de l'intervention par le diagnostic de l'état de l'ovaire.

Il est en effet très fréquent d'observer avec des salpingites sans suppuration des dégénérescences kystiques des ovaires. Il est absolument indispensable d'examiner les maladies sous le chloroforme pour arriver à une telle précision de diagnostic. Seulement alors on peut discerner par un examen minutieux ce qui revient à la trompe et à l'ovaire dans une lésion qui s'était présentée comme une tumeur unique avant l'anesthésie. Des symptômes généraux peuvent d'ailleurs mettre sur la voie de ces dégénérescences ovariennes. Plusieurs auteurs, Lawson Tait en particulier, remarquent qu'elles coïncident ordinairement avec des troubles nerveux variés, des attaques de nerfs, des crises d'hystérie, des accidents simulant parfois l'ataxie.

Nous verrons plus loin combien la constatation de ces altérations de l'ovaire peut modifier la conduite du chirurgien dans le traitement des salpingites.

Voici dans l'état actuel de nos connaissances gynécologiques les différents signes qui permettent de diagnostiquer la forme d'une salpingite. Ce diagnostic posé, pour quelle intervention le chirurgien doit-il se décider ?

A. — *Traitements directs* (1).

Ponction et incision. — Nous croyons pouvoir réunir ces deux modes de traitement, l'incision n'étant en quelque sorte qu'une ponction plus large, faite avec un instrument tranchant.

1. Signalons pour mémoire le cas d'hydrosalpinx guéri par l'électricité. — Apostoli. *Union médicale*, 1889, page 330-338-358.

Ce mode de traitement n'est guère applicable qu'aux tumeurs intimement accolées à la paroi vaginale et accessibles par l'un ou l'autre des culs-de-sac. Il ne peut plus être question aujourd'hui d'inciser une tumeur par une voie aussi peu aseptique que l'est le rectum. Quant à la ponction par la voie abdominale on peut dire qu'elle est abandonnée en tant qu'opération curative.

La ponction vaginale simplement aspiratrice pourra être appliquée avec résultat contre l'hydro-salpinx. Routh dans une communication faite à la « *Britisch gynæcological society* » 22 décembre 1888, préconise la ponction suivie d'injection iodée. Il n'apporte malheureusement pas de faits probants à l'appui de son opinion. Avant lui Simpson avait signalé des cas de guérison par ce procédé.

Wylie (1) cite dans son mémoire plusieurs cas de guérison de pyo-salpingites et d'hémato-salpingites, guéris par la ponction suivie du drainage, qui permettaient non seulement l'évacuation de la poche, mais encore la désinfection par des lavages antiseptiques.

Nous croyons ce procédé peu recommandable. Si à la rigueur on peut l'employer dans le cas d'hydro-salpingite, on doit lui préférer la laparotomie dans les hémato ou pyo-salpingites volumineuses, car il ne permet pas de se rendre un compte exact des lésions de la trompe.

Incision vaginale. — On a fait les mêmes reproches à ce traitement, que par un abus de mot nous avons désigné sous le nom de « laparotomie vaginale ». Plusieurs con-

1. Gyl. Wylie. *Méd. Record*, 1885. *Diseases of the Fallopian Tubes*.

ditions sont nécessaires pour que les trompes puissent être enlevées par le vagin. Il faut d'abord avoir à faire à des tumeurs *mobiles, libres* surtout d'adhérences utérines, à un utérus facilement abaissable, enfin à une vulve large. Sans vouloir établir un parallèle entre le *modus operandi* et la laparotomie abdominale, nous devons cependant faire remarquer, que lorsque toutes les conditions énumérées plus haut se trouvent réunies, le chirurgien opère avec facilité et n'est pas gêné par l'intestin. L'asepsie du vagin peut être obtenue et maintenue aujourd'hui, grâce aux précautions antiseptiques employées. En somme c'est une opération qu'il ne faut pas rejeter et qui peut être un recours précieux lorsque les malades se refuseront énergiquement à toute incision abdominale (1).

Laparotomie. — Nous posons en principe que les indications de la laparotomie doivent être singulièrement restreintes.

Trois formes de salpingites selon nous sont justiciables de cette opération radicale :

1° La pyo-salpingite dès qu'elle est constatée ;

2° L'hémato-salpingite volumineuse. A plus forte raison quand elle est devenue hémato-cèle par rupture de la poche sanguine tubaire dans le cul-de-sac de Douglas ;

3° La salpingite tuberculeuse dès que sa nature est certaine.

Ainsi tandis que Lawson Tait (2) se déclare partisan absolu de la laparotomie dans toutes les affections des trom-

1. Voir pour plus de détail la thèse récente de Bonnacaze.

2. Lawson Tait. *Discussion British medical Society*, 22 décembre 1888.

pes tandis que M. Lucas Championnière (1) ne tient compte pour décrire la laparotomie que du symptôme douleur et regarde comme un point secondaire de chercher à connaître les différentes lésions qui peuvent exister. Nous croyons avec M. le professeur Trélat (2) « que certaines malades peuvent être traitées avec succès par d'autres moyens que la laparotomie ».

Pour ce qui est de la laparotomie pour pyo-salpingite, l'accord entre les gynécologistes est complet. Il faut enlever la trompe et ne pas laisser la malade exposée aux accidents mortels d'une rupture intra-péritonéale. A supposer même que cet accident terrible ne se produise pas, l'état des malades s'altère profondément sous l'influence de cette suppuration chronique, l'amaigrissement fait de rapides progrès ; la fièvre apparaît, les fonctions digestives se troublent, la cachexie s'affirme de jour en jour pour aboutir en fin de compte à une issue fatale.

L'hémato-salpingite est également justiciable de la laparotomie, outre que la collection sanguine peut également se rompre dans le péritoine, et amener la mort, soit du fait de l'hémorrhagie, soit du fait de la péritonite consécutive, elle devient un danger permanent chez les malades qui sont atteintes de cette affection. Elle peut, il est vrai, se résorber sous l'influence d'un traitement purement médical, même quand elle s'est rompue dans le péritoine, comme en fait foi l'observation que nous avons déjà signalée. Mais la lésion s'endort plutôt qu'elle ne s'éteint, il reste suivant l'heureuse comparaison de M. Pozzi,

1. *Société de chirurgie*, 2 janvier 1889.

2. *Société de chirurgie*, 2 janvier 1889.

comme une épine empoisonnée dont l'action nocive se manifestera tôt ou tard sous l'influence d'une fatigue génitale, d'un refroidissement, d'une marche ou d'un traumatisme.

Dans cette forme de salpingite nous n'admettons pas d'autre traitement curatif que la salpingectomie.

Quand la tumeur est bien limitée, un traitement médical peut donner des résultats qui paraîtront merveilleux, mais seront éphémères presque toujours.

Pour ce qui est de la salpingite tuberculeuse on comprend *a priori* que l'ablation de la trompe doive s'imposer le jour où la nature de la lésion est nettement établie. Malheureusement c'est là un diagnostic difficile, souvent impossible. On ne peut guère l'établir qu'à l'exclusion de toute autre étiologie, et encore ne peut-on être affirmatif que si l'examen bactériologique démontre la présence du bacille de Koch dans la sécrétion d'une endométrite concomitante. C'est dans ces cas difficiles, qu'il peut être nécessaire en l'absence de toute autre lésion tuberculeuses pulmonaire ou locale chez la malade, d'interroger le mari ou l'amant, de rechercher chez lui avec soin la tuberculose génitale.

Nous n'avons bien entendu en vue dans les lignes qui précèdent que la tuberculose tubaire au début. Quand la lésion a progressé, quand elle est purulente, elle rentre dans la classe des pyo-salpingites, et devient passible de la même thérapeutique.

La marche particulièrement grave de la pyo-salpingite tuberculeuse, son pronostic si sombre même après la

salpingectomie, imposent ce diagnostic précoce et justifie une intervention prompte et radicale.

Telles sont les raisons qui dès le début de notre travail nous ont fait classer à part la salpingite tuberculeuse.

Nous empruntons à M. le Dr Terrillon les quelques passages suivants que nous croyons intéressants.

Symptômes. — Je n'insisterai pas longuement sur les symptômes et la marche de la salpingite tuberculeuse, dit M. Terrillon. Au point de vue clinique, elle ne diffère pas beaucoup de la salpingite ordinaire. On observe des douleurs abdominales siégeant dans la région hypogastrique, de chaque côté de la ligne médiane, et revêtant parfois le caractère de coliques. Ces douleurs s'irradient parfois dans les reins et à la face interne des cuisses ; elles sont exaspérées par la station debout, les secousses de la voiture ; calmées au contraire par le repos au lit. Par intervalle, apparaissent des poussées de *pelvi-péritonite*, avec fièvre, vomissements, ballonnement du ventre. Des signes plus précis sont fournis par le palper abdominal et le toucher combinés. L'on peut sentir aussi dans les culs-de-sac latéraux, ou dans le cul-de-sac de Douglas, soit plus haut, soit même jusque derrière la symphyse pubienne, la présence d'une tuméfaction précise, dure, arrondie, douloureuse, que l'on peut saisir entre le doigt introduit dans le vagin et les doigts réprimant la paroi abdominale.

« Le caractère qui différencie le plus, à mon avis, la salpingite tuberculeuse de la salpingite ordinaire, est celui qui est fourni au chirurgien par l'observation de plusieurs poussées successives de *pelvi-péritonite* ces

poussées paraissent plus fréquentes et plus prolongées que dans les autres formes de salpingite. M. Brouardel avait déjà insisté sur ce caractère spécial, dans sa thèse inaugurale. Bientôt survient une altération plus profonde de la santé générale ».

A propos de thérapeutique, M. Terriillon dit : La salpingite tuberculeuse (1) étant une manifestation locale de la tuberculose, et restant, au début, complètement isolée, il est naturel de penser que l'ablation des parties malades empêchera les lésions de se propager de proche en proche, soit du côté de l'utérus, soit du côté de l'ovaire ou du péritoine. En effet, un certain nombre d'observations ont été publiées, qui prouvent l'amélioration des opérées, la disparition des douleurs et des poussées continues de pelvi-péritonite. Je considère même que l'ablation hâtive est d'autant plus indiquée ici, que l'affection des organes situés dans le péritoine, provoque des accidents autrement graves, autrement sérieux, que ceux provoqués chez l'homme par la tuberculose des organes génitaux, épидidyme et testicule.

Lorsqu'il y a suppuration, lorsque la trompe et l'ovaire sont transformés en cavernes tuberculeuses, lorsque l'état généraux s'affaiblit graduellement au point de faire craindre une issue fatale à brève échéance, il n'y a pas d'hésitation possible et il faut intervenir hardiment pour donner aux malades leur seul moyen de guérison.

En parlant du drainage le chirurgien de la Salpê-

1. Nous avons assisté à cette leçon faite le 6 juin et publiée par le *Bulletin médical* le 10 juillet 1889.

trière s'exprime ainsi : dans certains cas on ne peut pas enlever les organes malades à cause de la solidité et de l'étendue des adhérences; mais il est encore possible de traiter la salpingite tuberculeuse comme vous traitez un abcès ordinaire. On ouvre la poche, on évacue le contenu, et après grattage et lavage de l'abcès, on suture les parois de celui-ci aux lèvres de la plaie abdominale, et l'opération est complétée par un bon drainage.

La laparotomie dans les formes que nous venons d'exposer doit-elle être toujours la même ? Nous ne le croyons pas, suivant le cas elle sera simple ou compliquée. Nous nous expliquons.

Lorsqu'une fois les trompes enlevées, on ne redoute aucun suintement abondant de sang dans le péritoine, lorsqu'on ne laisse pas dans le bassin une surface septique susceptible de fournir des liquides dont la résorption serait nuisible, il faut, après toilette du petit bassin réformer complètement la cavité abdominale.

Mais si l'on redoute les dangers que nous venons de signaler la conduite du chirurgien doit être tout autre, la laparotomie doit se compliquer d'un drainage (1).

Nous signalons seulement pour mémoire le drainage par le *drain* soit le tube en caoutchouc de Chassaignac, soit le tube en verre de Kœberlé, soit le tube en gomme durcie de Chassaignac, placé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale où dans le vagin par le cul-de-sac de

1. Voir pour tout ce qui va suivre la communication déjà citée faite à la Société de chirurgie le 29 février 1888 par M. Pozzi sur le drainage capillaire et le tamponnement antiseptique du péritoine à l'aide de la gaze iodoformée.

Douglas, ou encore le drainage par le filet du catgut de Bardenheuer. Tous ces procédés ne mettent à profit pour l'évacuation des liquides que la « vis à tergo » Rehrer le premier formula d'une façon précise les avantages de la capillarité appliquée au drainage péritonéal. Mickulickz préconise le tamponnement proprement dit du péritoine qui fut pour la première fois appliqué en France par M. Pozzi. Nous en avons décrit déjà la technique.

« Il est impossible, dit M. Pozzi de donner des règles absolues pour les cas qui réclament le tamponnement, une grande part est laissée au tact de l'opérateur.

« Le tamponnement doit être assurément un moyen d'exception, une *ultima ratio* soit contre l'hémorrhagie en nappe, tamponnement hémostatique, soit contre une menace d'infection, (tamponnement antiseptique protecteur). Dans ce dernier cas deux circonstances différentes peuvent se présenter.

« A. — L'infection d'une partie de la plaie existe au moment de l'opération, par suite de l'affusion de pus, de matières septiques ou grâce à la présence d'une portion de tissu infecté qu'il serait dangereux d'enlever.

« B. — L'infection est à redouter après infection de la plaie abdominale par déhiscence d'une suture faite dans des conditions mauvaises par perforation d'un organe comprimé avant ou pendant l'opération (intestin, vessie) ».

Telles sont les complications opératoires qui font du tamponnement de Mickulickz un pansement de choix.

La salpingectomie doit être toujours complétée par le curettage. Sur 100 cas de salpingite, dit Martin, il existe

95 fois de l'endométrite concomitante et l'infection des trompes n'est que la propagation de celle de l'utérus. Si donc on ne traitait pas l'endométrite on serait exposé à voir revenir les malades avec des accidents inflammatoires au niveau du moignon de leurs trompes. M. Pozzi fait toujours le curettage utérin quand la malade est guérie de sa laparotomie. Il ne pratique pas les deux opérations dans la même séance pour les raisons suivantes. Il croit en effet imprudent de faire le curettage d'un utérus dont les trompes sont pleines de pus parce que dans les manœuvres d'abaissement de la matrice on risque de rompre les parois de la tumeur (1). C'est pour cela qu'il ne faut jamais faire le curettage avant la salpingectomie. Le faire immédiatement après serait dangereux pour le même motif, mais à un autre point de vue on s'exposerait en effet à exercer des tractions sur les sutures du pédicule et provoquer une hémorrhagie (2).

Laparotomie sous-péritonéale. — Le titre même de la communication de M. Pozzi « De la laparotomie sous-péritonéale en particulier dans le traitement d'abcès pelviens et des hématoécèles pelviennes » indique suffisamment les cas dans lesquels cette opération sera justifiée. C'est

1. Peut-être aussi comme le pense Despréaux, *in loc cit.* la présence de la curette dans l'utérus amène des contractions réflexes, telles des parois tubaires que celles-ci peuvent se rompre.

2. Dans les salpingites blennorrhagiques, M. Pozzi fait suivre le curettage utérin qui complète la laparotomie, de cautérisation intra-utérine, avec une solution concentrée de chlorure de zinc.

en présence d'une énorme pyo-salpingite ouverte dans le vagin ou le rectum, dont on craindra de ne pouvoir rompre les adhérences intestinales, ou bien encore en présence d'une énorme hématoçèle rétro-utérine qu'il pourra être avantageux d'aller à la recherche de la collection sanguine ou purulente sans pénétrer dans le péritoine. Nous croyons cependant que l'emploi du tamponnement de Mickulickz doit restreindre singulièrement les indications de cette opération dont M. Pozzi dans son mémoire publie cinq observations heureuses, quatre pour pyo-salpingite, une pour hématoçèle

B. — TRAITEMENTS INDIRECTS.

Autrefois dans toutes les lésions péri-utérines les gynécologues, même les plus compétents, faisaient des réserves sur l'intervention intra-utérine. Sinety (*Traité pratique de gynécologie*) « dans la métrite chronique avec végétation, la fixation de l'utérus ou tout indice d'inflammation circum-utérine même ancienne, contre-indique l'opération du râclage. Gaillard-Thomas conclut de la même façon. Veper (*De la dilatation artificielle de l'utérus*, thèse de Paris, 1887), Walther (de Luisville) (*Congrès de Philadelphie*, 6 septembre 1887), Courty, Churchill et Leblond, Schröder, et enfin Schultze, disons-nous, professent la même opinion sans dissidence.

Poulet (1), dans un travail remarquable conclut au curettage dans presque tous les cas de périmétrite, ou

1. Poulet. *De l'intervention intra-utérine dans les métrites, paramétrites et déviations utérines*. *Lyon médical*, n° 8 et 10, 1888.

paramétrite non suppurées et dans les déviations utérines et publie plusieurs observations qui plaident en faveur de l'efficacité de cette intervention.

Le curettage constitue selon nous le traitement par excellence des salpingites catarrhales sans lésions ovariennes.

Il doit être fait nous le répétons avec l'antisepsie la plus minutieuse si l'on veut en retirer tous les bénéfices qu'il peut donner. Les injections iodées (1) consécutives en sont le complément nécessaire. Trois de nos observations font foi des résultats merveilleux dus à cette méthode.

Dans notre observation IX il est même dit que notre malade est actuellement enceinte. La stérilité presque fatale dans les lésions catarrhales de la trompe n'est donc pas sans appel.

Dans nos quatre observations les lésions tubaires ont été constatées sous le chloroforme. Elles n'étaient donc pas douteuses. Dans les quatre cas les tumeurs avaient presque disparu après quinze jours de traitement.

N'y a-t-il pas dans ces faits de quoi faire réfléchir les partisans les plus résolus de la salpingectomie. Doit-on de gaieté de cœur décider la castration d'une femme jeune dont la stérilité n'est pas irrévocable, avant l'essai d'un traitement dont nos observations prouvent toute l'efficacité ?

Comment ce curettage soigneux de la cavité utérine, comment des injections de teinture d'iode faites dans cette

1. Teinture d'iode au 1/3.

cavité désinfectée peuvent-ils modifier la muqueuse tubaire? C'est là un problème au sujet duquel on peut s'élever à bien des hypothèses. Nous ne chercherons pas à le résoudre.

Avec M. Pozzi, nous pensons qu'il se fait là une propagation de guérison comme il s'était fait une propagation du mal.

Se passe-t-il un phénomène de phagocytose (1) ?

Walton (2) dans un travail très bien fait et très érudit s'exprime ainsi: « la plupart des pelvipéritonites et paramétrites sont l'effet d'un microbe pathogène dont l'habitat primitif est l'endomètre, microbe dont il faut favoriser la descente par la dilatation forcée et dont il faut détruire le nid par la curette et les antiseptiques ». Poulet émet les deux hypothèses suivantes :

1.° « La curette et l'écouvillon, dit-il, ouvre largement les voies lymphatiques ; les antiseptiques mis au contact de ces ouvertures pénètrent-ils à travers ces lymphatiques jusque dans l'épaisseur des foyers indurés ? neutralisent-ils dans les lieux où il s'est cantonné l'élément infectieux et agissent-ils en stimulant les modes habituels de résorption qu'opère ordinairement la nature ? cela pourrait s'admettre si la pénétration de ces antiseptiques dans le foyer est un jour démontrée ;

1. Nous n'avons malheureusement pas eu entre les mains des pièces sur lesquelles nous ayons pu vérifier si vraiment il se passait des phénomènes phagocytiques.

2. *Contribution à l'étude de la pelvipéritonite, son traitement par la dilatation forcée et le curettage de l'utérus. Académie de médecine de Belgique, séance du 31 décembre 1887 et 28 janvier 1888.*

2° « Ou bien encore les érosions de la muqueuse utérine produites par la curette et l'écouvillon, constituent-elles seulement une plaie superficielle, qui suintera plus ou moins, sorte de révulsif intra-utérin qui viendrait agir à la façon des vésicatoires que l'on est dans la coutume de placer sur l'abdomen ; révulsif ayant sur les vésicatoires cet avantage d'être beaucoup plus près du foyer à faire résoudre, enfin l'émission sanguine, dit Poulet, que produit la curette contribue peut-être aussi à la guérison ».

Nous trouvons dans l'intéressant mémoire de Porak (1) sur les tentes aseptiques le passage suivant, qui peint bien la lutte si ancienne entre l'intervention et l'expectation dans les maladies utérines : « Comment résoudre le problème de la tolérance et de l'intolérance de l'utérus ? pourquoi ces accidents, quelquefois terribles, éclatent-ils ? Pourquoi d'autres n'éclatent-ils pas ? La question a un intérêt capital. M. le professeur Pajot dit avec la verve qui lui est habituelle : l'utérus est comme les femmes, il est capricieux. Cela ne peut pas nous suffire il nous faut savoir pourquoi il est capricieux ; on doit arriver à le savoir, on le saura. Les théories microbiennes nous en donneront probablement la raison ».

A ce propos qu'il nous soit permis de résumer en quelques mots « en hors-d'œuvres » la théorie de la phagocytose. Nous essaierons ainsi de donner une explication plus satisfaisante.

Nous tendons à croire que les endométrites, même d'une nature dite *catarrhale*, et par conséquent les salpingites

1. *Nouvelles archives d'obstétrique et gynécologie*, avril 1887, p.365.

de la même nature, sont plus ou moins l'œuvre des microbes. L'explication de la propagation de ce travail inflammatoire de l'utérus à la trompe sera plus facile à concevoir ; peu importe, que cette propagation ou cet envahissement de la muqueuse tubaire par les micro-organismes, soit fait par les voies lymphatiques ou autrement, on pourra ainsi facilement se rendre compte du résultat du traitement indirect par le curettage, quand l'on y invoque la théorie du phagocytisme, quoique cette théorie, du moins telle qu'elle était émise par M. Mitchnikoff (1) n'est pas généralement admise par les microbiologistes. En effet, les travaux faits dans ces dernières années et spécialement ceux de ce dernier auteur, indiquent que les leucocytes qui jouent le rôle des microphages, s'emparent de leurs proies, les microbes les absorbent et les engèrent par la digestion intra-cellulaire. Nous rappelons en plus les travaux de M. Gollemoerte (2), de Bruxelles. C'est une véritable lutte entre les microbes et les leucocytes. C'est une destruction moléculaire de ces microbes par les microphages qui, par une sorte d'adaptation fonctionnelle exercent aussi sur ces agents une action chimique (3). Notre éminent maître, Bouchard dit dans une de ses dernières leçons de cette année : l'organisme humain est un immense microphage, parce qu'il est plein de microphages. Rappelons aussi que Hess (4), contrairement à ce qui est admis par Mitchnikoff, dit que les cellules

1. *Annales de l'institut Pasteur*, août 1887.

2. *Rev. scient.*, 21 janvier 1888 et 8 juin 1889.

3. Bouchard. Leçon du 20 juin 1889. Note inédite.

4. *Brit. méd. J.*, 1889.

fixes des tissus cellulaires jouent un rôle dans ces phénomènes phagocytiques. On peut le supposer, mais rien ne nous permet d'être affirmatif sur ce point (1).

Le curettage ainsi fait nous semble préférable à la dilatation après curage, dont M. Doléris s'est fait le défenseur. Ce traitement d'ailleurs s'applique surtout aux collections intra-tubaires qu'il a pour but d'évacuer par l'utérus. Rien n'est plus problématique que la dilatation de l'orifice utérin de la trompe sous l'influence de la dilatation du muscle utérin. M. Doléris le dit lui-même, ce n'est là qu'une hypothèse. Mais pour quiconque, a eu entre les mains des pièces de pyo-salpingites ou d'hémato-salpingites il a été facile de constater que l'orifice utérin de la trompe résiste aux plus fortes pressions et qu'il est plus facile de rompre la poche que de la faire se vider par cet orifice imperméable.

Dans une de ses conclusions, Poulet : dit « toutefois, nous faisons encore des réserves pour les foyers des paramétrites déjà suppurés ou qui auraient subi seulement un commencement d'infiltration purulente. Pour le moment il n'est pas prouvé que ces cas puissent bénéficier de l'intervention intra-utérine ».

M. le professeur Trélat, dans une communication orale qu'il nous a faite avec sa bienveillance accoutumée, nous a dit qu'il était partisan du curettage utérin dans les lésions tubaires ou paramétritiques non suppurées consécutives à une endométrite, et il nous a cité six guérisons complètes obtenues récemment par ce procédé.

1. Il est à remarquer que l'absorption lymphatique de l'endomètre est à peu près nulle d'après les expériences de MM. Straus et Sonchez-Toledo (Soc. de Biol., 1888).

CHAPITRE IV

DES CAUSES CAPABLES DE FAIRE PRÉFÉRER LA LAPAROTOMIE AU TRAITEMENT INDIRECT DANS DES CAS QUI NE SEM- BLEMENT PAS LA JUSTIFIER.

Peut-il se présenter des phénomènes cliniques capables de faire dévier le chirurgien de la ligne opératoire que nous nous sommes efforcé de tracer? Oui, assurément. Ainsi la salpingite catarrhale si curable par le curettage utérin suivi d'injections iodées pourra dans quelques cas réclamer énergiquement la laparotomie. C'est surtout dans le cas où la douleur prend un tel caractère d'acuité qu'elle rend la vie intolérable aux malades qui souvent viennent d'elles-mêmes solliciter à tout prix une intervention.

Ainsi dans nos observations XI, XII et XIII il ne s'agit que de salpingite catarrhale, et pourtant la laparotomie a été faite, mais elle a été dirigée surtout contre les ovaires dont la dégénérescence kystique occasionnait des douleurs extrêmement violentes. M. Pozzi a fait comme il nous l'a dit lui-même moins une salpingectomie que ne justifiait pas l'état des trompes qu'une opération de Battey. Dans ces quatre cas les malades ont complètement guéri.

Au dernier congrès Italien (1) de chirurgie, M. Macoco a rapporté deux observations d'oophoro-salpingectomie faites pour des troubles nerveux graves.

Dans un cas il s'agissait d'une femme en proie depuis 15 ans à des accès convulsifs, surtout violents, pendant les règles. A trois reprises la malade avait tenté de se suicider. Dans les deux cas on trouve des ovaires kystiques et des trompes chroniquement enflammées.

La guérison complète couronna les deux fois cette intervention.

Au même congrès MM. Trombleta et Babacci ont cité deux cas analogues. Ainsi donc la douleur par les phénomènes nerveux qu'elle occasionne peut rendre nécessaire la laparotomie. Mais nous ne saurions trop le répéter, on intervient surtout contre l'ovaire par la salpingectomie qui n'est en quelque sorte que le complément de l'ovariotomie.

Il peut se présenter également des cas où la laparotomie sera faite pour une lésion quelconque (fibrome utérin, kyste de l'ovaire, rétroversion utérine, etc.), chez une malade atteinte de salpingite catarrhale. L'exploration des trompes s'impose pour ainsi dire au chirurgien, et si la lésion s'est peu modifiée sous l'influence des traitements indirects, si la femme approche de la ménopause, il pourra sacrifier les annexes et profiter de son intervention pour faire une cure plus radicale.

De même qu'il existe des indications de la laparotomie

1. Mai 1889.

dans les cas qui semblent l'exclure, de même on rencontre des contre-indications formelles, à cette opération.

Nous voulons parler de ces énormes pyo-salpingites se développant chez des malades à tuberculose pulmonaire avancée, c'est par exemple là, le « *noli me tangere* ».

En effet, outre qu'on expose la malade aux dangers d'une opération périlleuse, on ne lui rend dans les cas favorables qu'un service éphémère, trop heureux quand l'acte opératoire n'est pas le coup de fouet donné à des lésions pulmonaires qui semblaient endormies.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. Baudron, interne de M. Pozzi.)
Double pyo-salpingite. — Laparatomie. — Guérison.

La nommée D... Marie, âgée de 19 ans, couturière, entre à l'hôpital Pascal, salle A, service de M. le Dr Pozzi, le 13 juin 1889.

Ses antécédents héréditaires sont excellents.

Elle n'a pas fait de maladie antérieure. Réglée à 13 ans. Ses règles ont été toujours régulières. Grossesse à 17 ans 1/2, qui s'est terminée par un accouchement normal. Retour de couches deux mois après l'accouchement.

Il y a 3 mois 1/2 la malade contracta une vaginite blennorrhagique pour laquelle elle entre dans le service de M. le Dr Bolzer, salle Cullerier, n° 16. Presqu'aussitôt elle est prise de douleurs extrêmement vives dans tout l'hypogastre, s'exaspérant par le mouvement, la marche, la fatigue. Ces douleurs prédominantes, surtout du côté gauche; elles s'irradiaient vers les reins, les cuisses, et revêtaient par moment un tel caractère d'acuité que la malade était contrainte de garder le lit.

Les règles sont restées normales. Jamais la malade n'a eu de métrorrhagies; mais, en revanche, la leucorrhée est extrêmement abondante.

En même temps que se déroulaient ces phénomènes locaux, la

malade, surtout au début, avait de la fièvre, nausées, l'appétit était nul, la constipation opiniâtre.

Elle dit avoir maigri beaucoup. D'ailleurs aucun signe de tuberculose pulmonaire. Le cœur est sain.

Examen. — Sous chloroforme.

Il s'écoule de la vulve qui est rouge, une grande quantité d'un liquide filant, verdâtre, légèrement teinté de sang.

Le col de l'utérus est petit. Il regarde en avant. Son orifice entr'ouvert, elliptique, est limité par des bords irréguliers.

Le corps est antifléchi et très mobile.

A la palpation bimanuelle, on sent dans le cul-de-sac latéral droit un cordon dur comme un tuyau de pipe, douloureux à la pression, étendu depuis la corne utérine jusqu'à l'ovaire, qui ne paraît pas augmenté de volume, mais est douloureux à la pression.

A gauche. — On saisit une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, séparée de l'utérus par une portion plus rétrécie.

Cette tumeur est dure, mais lisse. Elle est peu douloureuse à la pression.

Hystéromètre = 8 centimètres $1/2$.

Laparotomie le 15 juin 1889.

Une incision abdominale de 4 centimètres est faite sur la ligne médiane à égale distance du pubis et de l'ombilic. L'intestin est refoulé en haut au moyen d'une compresse antiseptique.

M. Pozzi rencontre à gauche une tumeur extrêmement adhérente dans la partie la plus déclive du cul-de-sac de Douglas. Il la détache cependant avec facilité. Au moment où la tumeur va franchir l'incision abdominale, l'ovaire, dont le volume égale celui d'une noix, se rompt sous l'effort de la traction, laissant écouler une cuillerée de sang noirâtre très fluide. A cet ovaire, dont les parois sur une coupe apparaissent infiltrés de sang, adhère une trompe volumineuse, flexueuse, dont les parois sont épaissies et

endurcis, et qui contient quelques grammes d'un pus épais, en contact avec une muqueuse ramollie et fongueuse.

Au niveau de la face postérieure de l'ovaire gauche se remarque une petite surface irrégulière tomenteuse, qui est le point de cet organe adhérent à la paroi pelvienne.

Le pédicule de la tumeur est excisée après avoir été préalablement liée au moyen de trois points suturés en chaîne faits à la soie. Il est touché au thermo-cautère et à la solution phénique forte, puis abandonnée dans la cavité abdominale.

Du côté droit, l'ovaire est sain. La trompe, du volume du petit doigt, adhère légèrement par les franges de son pavillon aux parois pelviennes. Elle contient quelques gouttes de pus.

Elle est enlevée, et ce pédicule traité comme celui du côté opposé.

Toilette du petit bassin. Fermeture du ventre au moyen des quatre points de suture ordinaire.

L'opération a duré 25 minutes.

Les suites en furent simples. La température atteignit 38°,2 les soirs du quatrième et du cinquième jour, et les mêmes jours la malade perdit une assez forte quantité de sang par le vagin.

Le premier pansement est levé au cinquième jour. La réunion est complète.

Les fils sont enlevés au neuvième jour.

Actuellement la malade est complètement rétablie. L'appétit est revenu. Elle ne souffre plus.

Il persiste encore de la leucorrhée pour laquelle la malade subira incessamment un curettage.

OBSERVATION II (Inédite).

Due à l'obligeance de M. de Lostalot-Bachoué, interne du service.

Double pyo-salpinx avec dégénérescence kystique des ovaires,
Laparotomie. — Guérison.

La nommée Hélène C..., âgée de 21 ans, est couchée au n° 19 de la salle Pascal A.

Réglée à 16 ans. A partir du début de la menstruation les règles ont apparu régulièrement pendant 4 mois, douloureuse *leucorrhée abondante* dans les périodes intermenstruelles. Après ces quatre premiers mois la malade est restée huit mois sans voir ses règles à chaque époque. Pendant ces huit mois la malade souffrait dans la région lombaire, le bas-ventre et les cuisses, mais le flux menstruel n'avait pas lieu ; les pertes blanches étaient abondantes. Après être restée huit mois sans voir les règles elles ont réapparu régulièrement, mais douloureuses, jusqu'en février 1889, à cette époque aménorrhée qui a duré jusqu'en avril. En avril les règles ont apparu peu abondantes mais accompagnées de violentes douleurs dans la région lombaire et dans le bas ventre.

Il faut noter qu'il y a deux ans la malade a été soignée pendant deux mois dans le service du D^r Ferréol pour une *blennorrhagie*, la malade éprouvait des douleurs dans le ventre, avant et après sa sortie de l'hôpital de la Charité, mais la malade dit qu'elle avait la blennorrhagie avant son entrée à l'hôpital.

Un an plus tard, en juin 1888, nouvelle blennorrhagie pour laquelle la malade est allée chaque matin se faire soigner à la Charité pendant 3 à 4 mois; elle était en même temps atteinte d'une ulcération probablement spécifique de la voûte palatine. A

partir de juin 1888 la malade n'a pas cessé jusqu'à aujourd'hui d'avoir un écoulement verdâtre, accompagné de douleurs dans la miction. C'est pour ce motif qu'elle est entrée dans le service de M. de Beurmann à l'hôpital Pascal quelques mois plus tard passage dans le service de gynécologie.

État actuel — 17 mai. — État général bon, douleurs constantes dans le bas-ventre, lancinantes par moment, sourdes le reste du temps ; ces douleurs sont surtout accusées au moment des règles, avec irradiations dans la région lombaire, leucorrhée, douleur dans la miction ; toucher, col légèrement dévié à gauche, tapiriforme, ne présente aucune lésion en pratiquant le toucher bimanuel, on sent à droite une tumeur bosselée du volume du pouce, allongée transversalement, résistante, douloureuse à la pression, séparée du corps de l'utérus par un étranglement.

A gauche. — Tumeur plus volumineuse, fusiforme, occupant comme la précédente le trajet de la trompe plus dure que la précédente, mobile, très douloureuse et résistante, également séparée de l'utérus par un sillon. *Diagnostic* double pyo-salpinx.

Opération le 20 mai. Petite incision de 5 à 6 centimètres, la tumeur droite est d'abord enlevée, elle est constituée par la trompe qui est grosse comme le pouce, tortueuse, recouverte d'adhérences. L'ovaire situé au-dessous présente le volume d'une noix, il est kystique, par la pression on fait sourdre du pus au point de section de la trompe.

Le pédicule étant large, M. Pozzi pratique une ligature en chaîne. L'extirpation de la tumeur droite a présenté des difficultés en raison des rapports que présentait l'intestin avec l'utérus, l'appendice iléo-cœcal était adhérent à l'utérus et avait tout d'abord été pris pour l'extrémité interne de la trompe, l'appendice continuant avec l'intestin qui était dilaté, on pouvait prendre celui-ci pour la trompe, ce n'est qu'après rupture des adhérences que l'on a pu arriver finalement sur la vraie tumeur.

A gauche. — La trompe malade présentait des rapports tout

spéciaux avec l'ovaire, en effet elle était couchée au-devant de celui-ci, l'enveloppant pour ainsi dire.

La partie du ligament large qui sépare l'ovaire de la trompe formait en un mot avec la trompe un capuchon qui recouvrait l'ovaire ; c'est cette disposition qui donnait au toucher la sensation d'une tumeur différente à gauche ; tandis qu'à *droite* on sentait une tumeur allongée, tortueuse, grosse comme le pouce, à *gauche* on avait la sensation d'une tumeur fusiforme, presque arrondie, plus dure que du côté opposé. Le pédicule étant également très large, de ce côté M. Pozzi a placé une ligature en chaîne.

L'examen microscopique des pièces de ce côté a révélé :

1° Une *salpingite parenchymateuse* (très grand épaissement des parois de la trompe).

2° L'existence d'un kyste parovarien du volume d'une aveline situé entre la trompe et l'ovaire ;

3° Une dégénérescence kystique de l'ovaire.

20 mai. — Dans la nuit du 20 au 21 deux vomissements dus au chloroforme. Température 37°,5, le 20 au soir, 37°,2, le 21 au matin.

21 mai. — État satisfaisant, pas de vomissements, pas encore de gaz rendu par l'anus. Lavement de 6 cuillerées de vin rouge, additionnée de 2 cuillerées de glycérine.

27 mai. — Les fils sont retirés la plaie abdominale est parfaitement réunie, la malade ne souffre plus.

Les jours suivants la malade continue à perdre jaune ou vert, douleurs cuisantes pendant la miction ; leucorrhée abondante.

5 juin. — Curettage, fongosités très abondantes, l'endométrite étant d'origine blennorrhagique.

M. Pozzi fait un badigeonnage de la cavité utérine, au moyen d'un tampon imbibé d'une solution de chlorure de zinc à 5 0/0.

6 juillet. — La malade est complètement guérie. Elle n'a plus d'écoulement ni de douleur.

OBSERVATION III (inédite)

Due à l'obligeance de M. Baudron, interne du service.

Suppuration chronique de tous les annexes droits. Pyo-salpingite gauche, extirpation de la trompe gauche par la laparotomie. — Drainage vaginal. — Guérison.

La nommée Mathilde Geb..., âgée de 21 ans, entre à l'hôpital Pascal le 27 mai 1889 et est couchée au lit n° 10.

Antécédents héréditaires. — Excellents.

Pas de maladie antérieure.

Réglée à 15 ans, la menstruation a toujours été irrégulière, peu abondante, décolorée dans l'intervalle des deux époques, la malade perdait beaucoup en blanc pendant une année entière (à 17 ans) la malade n'eut ses règles que deux fois.

Il y a 3 ans, grossesse terminée par un accouchement normal, retour de couches deux mois après. Depuis cette époque la malade ressent quelques douleurs abdominales. Au début ces douleurs étaient peu vives, passagères, apparaissant après une fatigue au moment des règles (deux ou trois jours avant). Mais depuis deux ans ces douleurs ont pris un degré d'acuité particulier. Elles étaient surtout violentes à gauche et s'irradiaient vers les reins, les cuisses. Elles troublaient le sommeil et rendaient insupportable la plus légère fatigue. La menstruation demeurait aussi irrégulière et peu abondante. Il y a six mois après une chute violente sur les fesses, la malade fut prise de douleurs lancinantes dans tout l'hypogastre. En même temps apparurent de la fièvre, des vomissements verdâtres, la constipation devint opiniâtre, les mictions étaient extrêmement douloureuses.

La sensibilité était si vive au niveau de l'abdomen que le contact de la chemise était insupportable. Un médecin appelé diagnostique pelvi-péritonite.

Environ sept semaines après le début la malade allant à la selle rendit par l'anus une quantité considérable de pus verdâtre épais et fétide. Huit jours après c'était par le vagin qu'elle évacuait encore un flot de pus.

Dès lors la malade n'a cessé de perdre par le vagin un liquide purulent, d'une odeur extrêmement fade, et en telle abondance qu'elle était obligée de se garnir.

Elle entre à l'hôpital Pascal, lit n° 10, le 27 mai 1889.

Elle est pâle, anémiée; dit avoir maigri de 40 livres depuis 4 mois, l'appétit est presque nul, le soir la température s'élève constamment à 38°.

Rien au cœur, dans les poumons.

Rien dans les urines.

Examen. — Le col utérin regarde en avant et est à 2 centimètres de la vulve, la lèvre antérieure est en ectropion; la muqueuse de la lèvre postérieure est éversée et rougeâtre.

Les culs-de-sac, surtout le droit, sont effacés.

Par la palpation abdominale simple on perçoit au-dessus du pubis une zone d'empâtement qui remonte jusqu'à deux travers de doigts de l'ombilic. Par l'exploration combinée on découvre dans le cul-de-sac latéral droit une tumeur de la grosseur d'une orange, d'une consistance très dure et semblant faire corps avec l'utérus.

A gauche on limite une tumeur de même volume, mais nettement fluctuante. Ces deux tumeurs englobent l'utérus, à tel point qu'il est impossible de se rendre compte de la situation de son sommet.

Le toucher vaginal fait également percevoir dans le cul-de-sac postérieur une plaque d'induration, donnant cette sensation décrite sous le nom de vagin de carton.

Au toucher rectal on constate que le calibre de l'intestin est retenu par cette bride sur les $3/4$ (antérieurs et latéraux) de son diamètre.

Au spéculum en relevant le col, l'utérus en haut, on découvre dans le fond du cul-de-sac postérieur une petite dépression rougeâtre dans laquelle le stylet pénètre facilement.

Opération le 31 mai.

Préparatifs ordinaires, incision abdominale de 6 centimètres, à égale distance de l'ombilic et du pubis.

A gauche on tombe sur une tumeur ayant le volume d'une grosse orange, recouverte par l'épiploon qui y adhère, les adhérences épiploïques sont facilement détachées. La tumeur adhère encore à la face postérieure de l'utérus et dans le fond du cul-de-sac de Douglas aux parois postérieures du vagin et antérieures du rectum. Une fois ces adhérences rompues la tumeur est ponctionnée. On évacue de la sorte environ un demi-verre de pus assez épais.

Une pince à kyste est ensuite posée au niveau de l'ouverture faite par le trocart et la tumeur est attirée au dehors. Le pédicule est lié par trois points de suture en chaîne à la soie, il est touché au thermo-cautère et à la solution phéniquée forte, puis abandonné dans l'abdomen. Les surfaces où siégeaient les adhérences laissent suinter un peu de sang. Cette hémorrhagie insignifiante est arrêtée à l'aide d'une compresse antiseptique. Fait remarquable : la sensation du vagin du carton s'en va une fois la tumeur enlevée. Du côté droit on ne trouve pas de tumeur, mais une masse fongueuse, dans laquelle il est impossible de reconnaître ni l'ovaire, ni la trompe, ni le ligament large, tous ces organes semblent confondus et atrophiés à la suite d'une inflammation ancienne (paramétrie atrophican. S. Freund). M. Pozzy se contente alors de placer dans le cul-de-sac de Douglas un tube en T qui ressort par le vagin pour l'écoulement des liquides produit par ces organes d'inflammation chronique. On procède à la toilette du petit bassin. Les lèvres de l'incision sont touchées à la solution forte et le ventre est refermé par le procédé habituel. Les suites de l'opération

furent des plus simples, le soir la température qui les jours précédents montait à 39° tombe à 38.

Toutefois les soirs du deuxième et troisième jour après l'opération elle s'élève de nouveau à 39°, sans que rien du côté de la plaie abdominale ou dans l'état général ne donnât l'explication de cette hyperthermie. A partir du quatrième jour elle retombe à 37°,2 et depuis lors n'a jamais dépassé 37°,4. Tous les matins on faisait une injection de sublimé au 1/2000. le vagin était ensuite bourré de gaze iodoformée.

Les fils furent enlevés au neuvième jour, la réunion était complète excepté en un point. Une sonde cannelée, introduite à un niveau permet de constater que la peau n'adhérait pas par sa face profonde aux plaies sous-jacentes. La cicatrice entamée fut alors incisée sur toute son étendue et la plaie pansée à plat avec la gaze iodoformée.

Le dixième jour, la malade accusa cette sensation si particulière, occasionnée par la présence du tube en T, sensation de corps étranger, avec irradiations douloureuses vers l'ombilic, le tube est retiré, et le vagin bourré de gaze iodoformée, le douzième jour la malade a des vomissements, elle ne peut garder aucun aliment, elle présente une teinte subictérique, la température est pourtant normale.

On pense alors à l'intoxication iodoformée; en effet, on constate dans ses urines, dont la couleur est très foncée, la présence d'une forte quantité d'iode. Immédiatement la gaze iodoformée est remplacée par la gaze au salol dans le pansement abdominal comme dans le pansement vaginal.

Dès le lendemain les phénomènes d'intoxication disparaissent, l'appétit augmentait, les vomissements cessaient. La suppuration vaginale s'est tarie peu à peu. Actuellement elle est disparue, la plaie abdominale est refermée presque complètement. La malade

est méconnaissable, elle est gaie, mange avec un appétit extraordinaire et reprend son embonpoint.

Quant aux douleurs abdominales elles ont complètement disparu.

OBSERVATION IV

Empruntée à la monographie de M. Pozzi, sur le drainage capillaire du péritoine.

Tamponnement protecteur. — Double pyo-salpinx d'origine blennorrhagique.

Cor... (Maria), 21 ans, pas d'enfants. Débute, il y a 2 ans, par des douleurs vives dans le petit bassin. On lui a fait à ce moment des cautérisations du col de l'utérus ; elle reste 7 mois à l'hôpital de Caen, puis vient à Paris et entre dans le service de M. Martineau, à Lourcine, et y est soignée pour une affection ainsi désignée par notre collègue « adéno-pelvi-péritonite et urétrite blennorrhagique ». La malade reste 5 mois dans le service ; à peine en est-elle sortie, qu'une métrorrhagie abondante la force à rentrer à la Charité d'où elle nous est adressée. Elle assure avoir rendu à plusieurs reprises du pus par le rectum. Opération le 19 décembre 1887. On trouve les deux trompes transformées en un sac de pus, séparé de la corne utérine par une petite portion saine. A gauche, le volume de la poche égale celui d'une poire ordinaire ; il est moindre à droite. On les enlève successivement ; l'ablation du pyo-salpinx gauche est très laborieuse, la tumeur est repliée dans le cul-de-sac de Douglas et adhère de tous côtés, surtout au rectum. Pendant qu'on la détache, elle se rompt et du pus verdâtre souille le cul-de-sac. On lave à l'eau bouillie, et l'on fait avec soin la toilette du péritoine. La face antérieure du rectum paraissant très amincie dans le point où la poche purulente lui adhérait, et bien qu'aucune solution de continuité n'y soit visible, on redoute qu'il s'établisse une perforation à ce niveau, surtout en tenant compte des renseignements donnés par la ma-

lade sur les évacuations du pus par cette voie. C'est surtout en vue de cette perforation possible qu'on se décide à faire le tamponnement. Il est affectué par le placement direct de lanières de gaze iodoformée battues dans le fond du cul-de-sac de Douglas. Les extrémités sortent par l'angle inférieur de la plaie abdominale.

L'événement devait montrer combien cette précaution était justifiée.

Le lendemain, 20 décembre, on retire une lanière et on la remplace par un tube. Le surlendemain, 21 décembre on prescrit un lavement au vin pour provoquer les contractions intestinales : *il vient souiller la gaze du tamponnement et le pansement abdominal.*

Dès ce moment, la plaie donne passage en grande abondance à des matières fécales et à des gaz. On continue à la tamponner légèrement avec la gaze iodoformée battue autour d'un drain, et on fait de fréquents lavages à l'acide borique. Le trajet se resserre de plus en plus ; à la fin de janvier 1888, il n'y a plus qu'un très petit orifice, par lequel s'échappent de temps en temps des gaz, au dire de la malade, mais sans aucun suintement fécaloïde. L'opérée a repris les apparences d'une santé parfaite et aide les infirmières dans leur besogne. On vient de faire tout récemment un grattage suivi de cautérisation au thermo-cautère du trajet fistuleux, qui admettait à peine une sonde cannelée à la profondeur d'un pouce ; nul doute que son oblitération ne soit ainsi obtenue.

OBSERVATION V

Communiquée par M. le Dr Pozzi.

Hémato-salpinx gauche suppurée, ouverte dans le rectum. —

Extirpation, drainage par le vagin. — Guérison.

Mme C..., de Boulogne-sur-mer. Antécédents antérieurs excellents. Vers le 5 ou 6 janvier 1887, frissons répétés, fièvre dure

jusqu'au 12 où commencent les règles. Le sang rendu par le vagin n'a pas de changement de couleur, mais il est d'odeur infecte, en même temps apparaissent plusieurs garde-robes, couleur de mélasses infectes, la fièvre ne paraît pas du 12 au 16, où la malade fait le voyage de Boulogne à Paris, la fièvre réapparaît dans le chemin de fer avec de nombreux vomissements. A son arrivée la malade est pâle, herpès des lèvres et du nez, grande faiblesse, état fébrile. Le vendredi 20, la malade a plusieurs évacuations (quatre ou cinq) de matières putrides et fétides.

M. Pozzi pose le diagnostic, hémato-salpinx gauche suppurée ouverte dans le rectum.

Opération le 23 janvier 1887, la tumeur du volume de deux poings dont le grand axe est dirigé transversalement est ponctionnée avec le gros trocart de l'appareil Potin. Il en sort un pus fétide, mal lié, granuleux dont la sortie est arrêtée avant la fin par l'obstruction du tube. On retire le trocart, on pince l'orifice fait à la poche et on se met en devoir de l'isoler. On constate alors qu'elle est retenue à la corne gauche de l'utérus par un pédicule en forme de cordon, où l'on reconnaît facilement la partie la plus interne de la trompe qui est demeurée intacte dans une étendue de deux centimètres, tandis que tout le reste de l'organe subissait une énorme dilatation. Ce pédicule est coupé entre deux ligatures. On détache ensuite du cul-de-sac de Douglas la partie postérieure du sac qui y adhère intimement. A ce moment s'échappe une grande quantité de liquide puriforme, ainsi qu'un petit caillot lisse, ressemblant à un haricot, ils ont dû sortir par la perforation de la poche adhérente au rectum et par laquelle s'était prudemment fait une évacuation spontanée. Les matières sont reçues par des compresses, éponges, qui protègent les parties voisines. Quelques ligatures sont faites pour sectionner des adhérences au ligament large, et dès que la poche est enlevée, un abondant lavage à l'eau chaude nettoie le petit bassin.

On recherche l'état des annexes gauches, l'ovaire irrégulier pré-

sente plusieurs corps jaunes et un petit kyste folliculaire rempli d'un caillot sanguin du volume d'un gros pois. Immédiatement au-dessous du pavillon de la trompe se voient trois petits kystes transparents de l'organe de Rosen Muller, l'ovaire et l'intérieur de la trompe sont enlevés après ligature à la soie. La perforation certaine, quoique très petite du rectum, imposait le drainage, il est fait dans le cul-de-sac de Douglas à l'aide d'un tube en croix qu'on passe à l'aide d'une pince introduite derrière l'utérus par le vagin en élevant le cul-de-sac postérieur. Suture des parois de l'abdomen en trois plans superposés; entre les deux plans profonds et superficiels on place un tube à drainage. La plaie ayant pu être infectée pendant les manœuvres opératoires. Les suites de l'opération furent simples, la température ne dépassa jamais 37°,2, chaque matin on faisait un lavage du vagin avec la solution du sublimé au 1/1000.

Les selles étaient normales, la guérison s'affermait de jour en jour, la malade retourne à Boulogne six semaines après l'opération, complètement rétablie.

Revue le 21 juin 1889, santé florissante méconnaissable.

OBSERVATION VI (Inédite).

Communiquée par M. le Dr Pozzi.

Pyo-salpingite gauche traumatique. — Tamponnement iodoformé. — Mort.

La nommée Marie B..., âgée de 28 ans, infirmière. Entrée le 1^{er} mars 1888 à Pascal A

Père et mère morts de vieillesse. Mère à eu 9 enfants, 7 bien portants, une sœur sourde depuis son mariage.

A l'âge de 15 ans a contracté une bronchite qui a duré 3 semaines, et à la suite de laquelle elle a vu survenir de la leucorrhée dans l'intervalle des règles ressemblant à du blanc d'œuf.

Depuis ce temps la leucorrhée n'a pas cessé. Il y a 5 ans, elle avait 23 ans, elle a eu la fièvre typhoïde avec rechute qui a duré 3 mois, a été soignée à Saint-Antoine, salle Barth. La rechute a été aggravée par une entérite, suivie d'hémorrhagies intestinales.

C'est à partir de cette époque qu'elle a commencé à éprouver des douleurs dans le ventre, du côté gauche surtout. La constipation est très fréquente, elle n'a pas eu d'hémorrhagies intestinales depuis cette époque, si ce n'est le 2 mars, époque à laquelle elle est obligée de prendre le lit.

Le 13 juillet dernier 1887, c'est-à-dire un an auparavant, elle reçoit un coup de pied sur la vulve. Thrombus consécutif de la grande lèvre droite, durée, 15 jours.

Réglée pour la première fois à 15 ans, toujours régulièrement, durée 6 ou 8 jours, sang abondant, rouge, contenant quelquefois des caillots, ne sont douloureuses que depuis six mois environ, c'est-à-dire à la suite du coup de pied qu'elle a reçu, les a eues pour la dernière fois il y a 15 jours (25 février).

Mariée il y a 4 ans à 24 ans, pas de changement dans les règles, leucorrhée dans l'intervalle depuis l'âge de 15 ans, ressemble à du blanc d'œuf, surtout dans les jours qui suivent et qui précèdent les règles.

N'a jamais été enceinte, n'a jamais fait de fausses couches.

Elle souffre du ventre depuis la fièvre typhoïde de douleurs gravatives, quelquefois des élancements, surtout dans le côté gauche, irradiations dans les reins, reviennent par périodes, douleurs plus vives le soir, exaspérées par la marche, les fatigues, la station debout, siège des douleurs, non pas à l'hypogastre, mais dans la fosse iliaque gauche et irradiations vers le creux épigastrique, pas de retentissement du côté de la vessie ni du rectum.

Le 1^{er} mars. — Elle est obligée de se mettre au lit à cause de l'intensité des douleurs qui durent déjà depuis trois semaines. Elle a souffert moins pendant ses règles qui ont duré quatre jours. Sang très abondant sans caillots.

Le 1^{er} mars. — Elle est prise de diarrhée abondante, 4-6 selles par jour. Hémorrhagies intestinales qui se sont produites à plusieurs reprises (1-2-3 bassins) et a rendu du sang par la bouche (1 verre 1/2).

8 mars. — Examen au chloroforme. Douleurs plus vives après l'examen. Diarrhée abondante qui cesse le 10 mars, douleurs toujours vives dans le côté gauche.

Toucher. — Col petit dans l'axe. Corps en rétroflexion entouré dans le cul-de-sac gauche postérieur d'une tuméfaction diffuse qui l'immobilise.

Cul-de-sac latéral droit libre, cul-de-sac latéral gauche, occupé en arrière par le prolongement de la tuméfaction postérieure et présente une bride saillante).

Palpation bimanuelle. — On sent une forte résistance du côté des annexes gauches.

Toucher rectal. — Permet de ressentir la tumeur du cul-de-sac de Douglas, mais ne donne aucun autre renseignement complémentaire.

Diagnostic. — Péritrite, probablement balistique autour de l'utérus en rétroflexion, salpingite gauche très probable.

Examen sous le chloroforme le 8 mars 1888.

Au toucher, la tumeur postérieure du cul-de-sac de Douglas est mobile du haut en bas. Elle se prolonge à gauche dans l'épaisseur du ligament large, ainsi qu'on peut l'apprécier par la palpation bimanuelle, l'hystéromètre montre à la cavité 7 cent. 1/2.

Diagnostic. — Salpingite du côté gauche.

Opération faite le 19 mars.

Anesthésie au chloroforme.

Incision médiane allant de l'ombilic à 4 centimètres au-dessus du pubis.

Incision des parois. — On introduit la main par l'incision pour reconnaître les annexes de l'utérus et on constate de la salpingite des deux côtés, mais beaucoup plus marquée du côté gauche, où le

kyste tubaire, gros comme le poing, est adhérent aux parties environnantes et particulièrement à la partie inférieure de l'S iliaque.

On amène au dehors la trompe et l'ovaire droits et après les avoir suivis avec deux pinces courtes, on lie les pédicules, on les sectionne en cautérisant les trompes au thermo-cautère puis on les abandonne dans la cavité abdominale.

On décolle avec les doigts les annexes utérines du côté gauche ; ce temps de l'opération est très laborieux, les adhérences sont très solides et donnent lieu en se déchirant à une hémorrhagie veineuse très abondante, deux pinces courbes sont placées sur le pédicule tout près de l'utérus, mais lorsqu'on veut lier, le pédicule extrêmement friable, est sectionné par les fils. Ses pinces remplacées éfrissent le tissu et ne mordent plus. On fait une suture au catgut sur le bord gauche de l'utérus et l'on cautérise la trompe au thermo-cautère.

A ce moment on enlève la trompe et l'ovaire, et l'on voit apparaître dans le fond un peu de pus (une cuillerée à café) provenant d'un abcès circonvoisin de la trompe. On tamponne la cavité avec les serviettes, éponges, et on la lave à l'eau stérilisée chaude. Plusieurs points de la cavité au niveau des adhérences rompues donnant encore du sang en abondance, on fait l'hémostase au thermo-cautère.

On place dans la cavité laissée par l'ablation des annexes gauches un sac de gaze iodoformée, ressortant par la plaie abdominale, et on bourre ce sac de mèches de gaze iodoformée, de façon à faire le tamponnement de la cavité.

Toilette du péritoine. Suture ordinaire.

Toutes ces sutures sont interrompues à environ 3 centimètres de la limite inférieure de l'incision pour laisser une ouverture à la gaze iodoformée introduite dans l'abdomen et au drain de la paroi.

Durée de l'opération 1 heure 1/2.

Pansement à la gaze iodoformée, ouate hydrophile, ouate ordinaire et charpie de bois.

Le soir de l'opération 37°, 2, vomissements, légère hémorrhagie.

Le 20 mars. — Tempér. 37°, vomissements, la malade souffre beaucoup de l'abdomen, pousse des cris. Faciès commence à devenir péritonitique. Le soir 36°, 4, faciès péritonitique.

21 mars. — Temp. 36°, faciès péritonitique, douleurs continues, léger délire.

22 mars. — Même état, vomissements verdâtres, ballonnement de l'abdomen, la température se maintient à 37°.

23 mars. — Décès à 5 h. du matin.

Autopsie 24 heures après.

La plaie abdominale suturée commençait à se réunir, pas de pus à ce niveau. La poche qui contenait l'ovaire et la poche gauche purulente est formée de tissus friables, et est tapissée de petits caillots sanguins gros comme des lentilles.

On enlève l'utérus qui est un peu volumineux.

Rien dans le grand épiploon.

Au niveau des anses intestinales distendues par des gaz qui avoisinent le vagin on trouve de la péritonite peu accentuée, caractérisée, une grande quantité d'exsudats limités à 1 mètre d'intestin environ, avoisinait la poche gauche.

Pas de pus dans le petit bassin, l'extrémité de l'appendice iléo-cœcal qui avait été découvert pendant l'opération est recouverte sur la longueur de 0,01 centimètre environ, un petit caillot sanguin, ecchymose dans cette extrémité.

Poumon. — présente quelques indurations à gauche.

Tuberculose peu avancée.

OBSERVATION VII

Empruntée à la monographie de M. le Dr Pozzi sur la laparotomie sous-péritonéale.

Énorme hématocele rétro-utérine. — Laparotomie sous-péritonéale. — Drainage iliaque et iléo-vaginal. — Guérison complète.

Ketchmeier (Joséphine), âgée de 38 ans, couturière, entre le 27 juin 1885 à l'hôpital Pascal, salle A, n° 18.

Antécédents. — Père mort de tuberculose pulmonaire à 36 ans. Mère morte à 26 ans, également d'affection pulmonaire.

Réglée à 13 ans. Menstruation toujours régulière, 5 enfants : le premier, à l'âge de 17 ans ; le dernier, à 27 ans. Les couches n'ont jamais eu de mauvaises suites. Les cinq enfants sont tous morts en bas-âge. A 23 ans, fièvre typhoïde.

A 32 ans, en sautant à la corde, la malade ressent tout à coup une douleur violente dans le bas-ventre, douleur suivie d'accidents inflammatoires qui tiennent la malade au lit pendant deux mois.

En janvier dernier, elle aurait eu des coliques hépatiques pendant huit jours.

Au commencement de mai suivant, les règles viennent à leur époque normale. Mais, au lieu de s'arrêter au bout de quelques jours, l'écoulement sanguin persiste sans cause appréciable. Le 5 juin, cet écoulement durant encore, la malade glisse un tabouret sur lequel elle était montée et retombe violemment sur ses pieds : le choc retentit dans le bas-ventre.

Une heure après cette chute, une vive douleur se fait sentir dans le petit bassin et devient persistante. De temps en temps cette douleur est plus forte, et chaque exacerbation est suivie de l'expulsion de gros caillots sanguins.

Huit jours après cet accident, la malade ressent de la fièvre. Le

20 juin, elle entre à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Gérin-Roze, où M. Pozzi la voit quelques jours après.

Le 26 juin, elle est transférée à l'hôpital Pascal, lit n° 18.

État actuel. — 28 juin. — La malade est dans un état d'épuisement marqué et paraît très affaiblie. Elle est pâle, anémiée ; ses muqueuses sont décolorées. Les conjonctivites oculaires présentent une légère teinte subictérique.

Le pouls est petit et fréquent.

91 La température, qui était hier soir de 38°,3 dans l'aisselle, et ce matin de 37°,6.

221 Langue blanche. Bouche amère. Constipation depuis une quinzaine de jours. Respiration normale. Souffle anémique à la base du cœur. Rien dans les vaisseaux du cou.

Le ventre, volumineux, est surchargé de tissu adipeux, présente des vergetures et offre, dans la région sous-ombilicale, des traces nombreuses de vésicatoires. Il est tendu, assez sensible à la pression.

La palpation fait connaître une tumeur occupant toute la région hypogastrique et arrivant jusqu'à l'ombilic, qu'elle ne dépasse point sur la ligne médiane. Mais à gauche, la tumeur s'élève de deux travers de doigts au-dessus de ce niveau et paraît s'enfoncer profondément dans le flanc ; elle n'occupe que le tiers interne de la fosse iliaque de ce côté. A droite, la tumeur déborde dans la région sous-ombilicale, mais offre un développement beaucoup moindre que celui du côté gauche.

En recherchant la fluctuation, on éprouve plutôt une sensation d'élasticité et de rénitence, comme serait celle d'une poche modérément tendue.

Au toucher vaginal, on arrive difficilement sur le col, situé très haut, immédiatement en arrière du pubis, contre lequel il est comprimé par l'existence d'une tumeur considérable, occupant les culs-de-sac latéraux et postérieurs, et surtout développée à gauche. La combinaison du palper et du toucher permet de recon-

naître que cette tumeur se continue directement avec celle de l'abdomen, qu'elle est fluctuante, et qu'on renvoie le flot de l'une à l'autre. On diagnostique une hématoçèle rétro-utérine intrapéritonéale enkystée. Purgation avec huile de ricin, 30 grammes. Selles abondantes. T. soir, 38°.

30 juin. — Ce matin, efforts de vomissements. Accès d'étouffement. Oppression.

T. matin, 37°,3 ; soir, 38°,4.

1^{er} au 5 juillet. — Même état ; il y a toujours un peu de fièvre le soir.

T. 38°,4 à 38°,6.

M. Pozzi, vu le volume considérable de la tumeur, qui rend improbable une résorption spontanée, et vu la menace de suppuration indiquée par le mouvement fébrile vespéral, se décide à pratiquer l'évacuation chirurgicale du foyer.

5 juillet. — La malade prend un grand bain.

Opération le 6 juillet. — Incision dans la région iliaque gauche, commençant à 1 centimètre au-dessus du ligament de Fallope, à 3 centimètres en dehors de l'épine du pubis ; cette incision a environ 10 centimètres et s'éloigne, en dehors, de l'arcade de 3 centimètres. Dissection couche par couche jusqu'au péritoine, qui est décollé avec le doigt par l'opérateur et maintenu par les doigts d'un aide. On soulève ainsi l'S iliaque et on passe au-dessus des vaisseaux iliaques externes. En dedans de ceux-ci on arrive sur la poche de l'hématoçèle. Elle est d'abord ponctionnée avec un petit trocart. Il sort du liquide sanguin sirupeux, couleur de chocolat. La poche est alors largement ouverte avec le bistouri et le doigt. Issue des caillots sanguins qu'on enlève avec une cuiller à potage ; les caillots sont aussitôt pesés ; leur poids atteint 500 grammes. Une quantité égale au moins de contenu liquide a été perdue dans les linges et les lavages.

L'exploration très prudente de la poche avec le doigt permet de sentir les battements de l'iliaque interne dans la profondeur. De

plus, un autre doigt étant introduit dans le vagin, les deux extrémités digitales arrivent au contact l'un de l'autre au niveau du cul-de-sac recto-utérin, séparées seulement par l'épaisseur des parois vaginales. Toutes ces explorations sont faites avec beaucoup de ménagements pour ne pas déchirer les adhérences.

Avec un très gros trocart courbe de Chassaignac, M. Pozzi fait alors passer un drain de la cavité hématique dans le vagin, par le cul-de-sac postérieur. Deux autres drains sont placés dans l'angle supérieur de la plaie abdominale, en *flûte de Pan*.

Avec deux fils de soie, la peau est suturée à la paroi de la poche pour éviter le contact des drains avec l'artère iliaque externe, qui est en dehors du foyer.

Lavage de la poche avec eau phéniquée au 1/40. (On fait ainsi passer une dizaine de litres d'eau tiède sous faible pression).

Pansement de Lister. Bandage de corps.

T. soir, 39°,8. Le pansement est changé. Lavage avec l'eau oxygénée.

7 juillet. — T. matin, 38°,4 ; soir, 39°,6. Langue sèche. Deux pansements avec eau oxygénée.

8 juillet. — T. matin, 38°,6 ; soir, 39°,4. Même pansement.

9 juillet. — T. matin, 38°,5 ; soir, 39°,8. Le liquide de l'injection sort à peine teinté en rouge. Trois selles diarrhéiques.

10 juillet. — T. matin, 38°,5 ; soir, 39°.

11 juillet. — T. matin, 38°. Langue humide. Cessation de la diarrhée. Légère odeur fétide du pansement. T. soir, 39°.

12 juillet. — T. matin, 38°,4 ; soir, 39°,5.

13 juillet. — T. matin, 38°,8. L'injection faite par les tubes à drainage ressort très colorée en rouge brun et entraîne avec elle au dehors quelques parcelles de lambeaux sphacelés. Langue sèche.

Trois lavages dans la journée et ainsi des jours suivants. On emploie alternativement de l'eau phéniquée et de l'eau oxygénée.

Soir, température notablement abaissée, 38°,4.

14 juillet. — T. matin, 39°,2. Le lavage donne encore issue à des lambeaux sphacelés. T. soir, 38°.

15 juillet. — T. matin, 37°; soir, 38°,2. A partir d'aujourd'hui, la température oscille désormais entre 37° le matin et 38° le soir.

17 juillet. — La tumeur diminue d'une façon sensible.

19 juillet. — La sécrétion de la poche n'est plus teintée par le sang.

21 juillet. — Suppression du drain vaginal.

29 juillet. — Pansement de la plaie, qui est blafarde, au styrax et au vin aromatique.

1^{er} août. — La plaie extérieure est devenue rosée et manifeste une tendance à bourgeonner.

2 août. — Apparition des règles, qui se bornent à la perte de quelques gouttes de sang pendant vingt-quatre heures.

3 août. — La fosse iliaque droite présente aujourd'hui une tuméfaction notable, siégeant profondément et remontant presque jusqu'à l'ombilic. Fièvre, 39°. Vomissements. Abattement de la malade.

7 août. — Les symptômes fébriles n'ont pas persisté. Une forte pression exercée sur la tumeur de la fosse iliaque droite fait sourdre une assez grande quantité de pus par les tubes à drainage et diminue le volume de la tumeur.

11 août. — La tumeur précédente ne s'est pas reproduite. La fièvre est tombée définitivement. Mais la suppuration de la poche continue toujours. La malade est faible et s'alimente peu. Les urines contiennent un peu d'albumine. Trois et même quatre pansements par jour.

15 août. — Suppression d'un second drain.

21 août. — Le drain qui reste est diminué de longueur. Grand bain.

28 août. — La suppuration diminue peu à peu.

29 août. — Le drain est remplacé par un autre du plus petit calibre.

La plaie extérieure est cicatrisée dans presque toute son étendue.

La malade se lève pour la première fois.

6 septembre. — La suppuration paraît être un peu plus abondante et reste ainsi pendant environ huit jours pour diminuer ensuite.

Un grand bain par semaine.

22 septembre. — Il reste toujours un trajet fistuleux assez profond qui entretient la suppuration. L'albuminurie persiste.

Injection de teinture d'iode dans ce trajet.

1^{er} octobre. — Même état. Appétit médiocre.

19 octobre. — Amélioration considérable et rapide de l'état général de la malade, qui se sent un fort appétit. La suppuration est à peine marquée. Les urines ne contiennent plus d'albumine. Suppression définitive du tube à drainage.

Compression de la fosse iliaque gauche à l'aide d'un spica.

21 octobre. — La malade ne peut endurer la compression et on la supprime. La suppuration est complètement tarie. L'état général est excellent. La guérison est complète. Bains sulfureux tous les deux jours.

2 novembre. — La malade se disposant à quitter l'hôpital, on procède à un examen approfondi par la palpation et le toucher vaginal.

Le ventre est parfaitement souple, facilement dépressible, et la palpation ne fait sentir aucune tumeur profonde. La cicatrice est très déprimée dans son tiers inférieur, où existe une sorte d'ombilic, vestige du long séjour du drain.

Toucher vaginal. — Col utérin fortement porté en arrière. L'utérus paraît, par suite, porté en avant. Il est très peu mobile. Les culs-de-sac latéraux et postérieurs offrent de la résistance au toucher, comme par suite de la présence des brides. Aucune tumeur proprement dite, mais des traces manifestes d'abondant tissu cicatriciel péri-utérin.

Cette exploration devait être suivie d'une rechute qui retarda deux mois entiers la guérison.

3 novembre. — Douleurs et élancements dans la fosse iliaque droite, tuméfaction et empatement à ce niveau. T. matin, 38° ; soir, 39°.

L'état continue à être le même les jours suivants.

5 novembre. — La cicatrice de la fosse iliaque gauche s'est ouverte et a donné issue à une quantité considérable de pus. La pression de la fosse iliaque droite et le toucher vaginal combinés facilitent la sortie d'un pus abondant, épais. Cette manœuvre est douloureuse.

Lavage antiseptique. Rétablissement du drain. T. matin, 37° ; soir, 28°.

Écoulement abondant par le drain. Diminution de l'appétit. L'état général est moins bon. Urines normales.

8 novembre. — La tuméfaction de la fosse iliaque droite persiste, très douloureuse à la pression.

Anesthésie par le chloroforme. Incision oblique de 8 centimètres sur les parties latérales et inférieures de la fosse iliaque droite. Dissection couche par couche jusqu'à ce qu'on soit arrivé sous le transverse ; il sort alors une grande quantité de pus venant d'une poche qui ne communique pas avec celle de la fosse iliaque gauche.

Les jours suivants, la température ne dépasse pas 37°. Les douleurs ont disparu.

12 novembre. — Une ouverture fistuleuse se produit au fond de la plaie pratiquée le 9 novembre dans la fosse iliaque droite ; il sort une certaine quantité de pus. Par cette ouverture on peut introduire une sonde cannelée et la faire pénétrer assez profondément. Pansements antiseptiques, lavages, drain.

L'état général s'améliore tous les jours ; l'appétit revient peu à

peu, et, en l'espace d'un mois, la malade a repris toutes les apparences d'une bonne santé.

La malade, entièrement guérie, est présentée à la Société de chirurgie en janvier 1886 (voir les *Bulletins*).

Elle a depuis repris ses occupations et se porte parfaitement bien ; elle a recouvré un embonpoint notable et ne ressent aucune douleur ; la menstruation est normale. Elle est revenue me voir en parfait état il y a quinze jours (avril 1886).

OBSERVATION VIII (résumée. Inédite)

Due à l'extrême obligeance de M. le Dr Picqué, chirurgien des hôpitaux.

La nommée Tab..., femme Gr..., entre à l'hôpital Pascal le 19 octobre 1888, et est couchée lit n° 10.

Elle présente tous les symptômes cliniques d'une salpingite catarrhale double accompagnant une endométrite d'origine fort probablement blennorrhagique.

M. Picqué pratique à cette malade le curettage de la cavité utérine, suivi d'injections iodées.

La malade quitte l'hôpital guérie le 29 novembre 1888.

M. Picqué vient d'être informé par un médecin que *cette malade est enceinte*.

OBSERVATION IX (Inédite)

Due à l'obligeance de M. Baudron, interne du service.
Endométrite. — Salpingite blennorrhagique bilatérale, surtout accusée à droite. — Curettage. — Injections iodées intra-utérines. — Guérison.

La nommée Catherine H..., âgée de 24 ans, journalière. Entrée le 21 mai 1889, salle Pascal A.

Antécédents héréditaires. — Excellents antécédents personnels. Gourme à l'âge 13 ans. A 20 ans qui a duré 8 mois, mais n'a laissé aucun affaiblissement de l'ouïe.

Réglée à 13 ans 1/2, toujours normalement.

Mariée à 17 ans, une seule grossesse à 21 ans.

Depuis son mariage (il y a 7 ans) la malade éprouve dans le bas-ventre des douleurs qui s'irradient vers les reins et les cuisses. Ces douleurs n'étaient pas continues elles se montraient à l'occasion d'une fatigue deux ou trois jours avant les règles.

Le coït était ordinairement très douloureux.

Les règles apportaient un soulagement considérable. Leucorrhée abondante, règles profuses.

Jamais de métrorrhagies.

Il y a deux ans le mari de notre malade contracta une blennorrhagie et semble l'avoir communiquée à sa femme. En effet, celle-ci vit apparaître un écoulement verdâtre, en même temps que des troubles de miction (douleurs et fréquences).

A partir de cette époque les douleurs abdominales se sont accentuées. Depuis 6 mois ces douleurs sont devenues presque continues, avec paroxysmes extrêmement violents; les rémissions sont éphémères.

Elles sont surtout accusées du côté droit. Les règles qui sont normales sont précédées d'une exaspération et suivies d'une accalmie.

Examen de la malade. — Inspection. Aucune trace de prolapsus. Vulve rouge.

Toucher. — Col entr'ouvert gros dans l'axe. Léger ectropion de la lèvre antérieure sur cette même lèvre vers l'extrémité gauche, petit kyste de la grosseur d'un grain de riz.

Corps en légère latéroversion droite.

Palpation bimanuelle (sans chloroforme).

A gauche. — La trompe donne la sensation d'un cordon dur roulant sous le doigt.

L'ovaire libre d'adhérences n'est pas augmenté de volume; il est douloureux à la pression.

A droite. — On trouve une tumeur du volume d'une noix séparée de l'utérus par un sillon. Elle est donc régulière, douloureuse à la pression.

Le spéculum montre la muqueuse cervicale éversée, surtout au niveau de la lèvre supérieure.

Hystéromètre, 7 centimètre.

Cœur et poumons sains.

Rien dans les urines.

Le 31 mai. — La malade est anesthésiée.

Un nouvel examen des annexes confirme la première exploration. M. Pozzi pose le diagnostic d'endométrite, avec salpingite catarrhale double surtout accusée à droite, séance tenante, il fait le curettage, la curette retire une assez grande quantité de fongosités. Injection de perchlorure de zinc. Lavage intra-utérin avec la solution phéniquée au 1/2000. Tampon iodoformé.

Aucune réaction inflammatoire. A partir du quatrième jour après l'opération on fait tous les deux jours un lavage intra-utérin suivi d'une injection de teinture d'iode jusqu'à concurrence de six injections.

Au quinzième jour la malade se lève. Elle quitte l'hôpital le 29 juin, les douleurs et la leucorrhée ont disparu. La trompe gauche est devenue normale à droite, on perçoit à peine une légère induration de la trompe qui n'est plus douloureuse.

OBSERVATION IX (Inédite).

Due à l'obligeance de M. Baudron, interne du service.

Endométrite. Salpingite catarrhale gauche. Apoplexie ovarienne gauche. Curettage et injections iodée. Guérison.

La nommée X... entre à l'hôpital Pascal, salle A, n° 5.

Les antécédents héréditaires sont excellents.

Pas de maladie antérieure.

Elle a été réglée à 14 ans. Sa menstruation a toujours été régulière.

A 19 ans, apparut une leucorrhée qui depuis a toujours persisté. Elle n'éprouvait aucune douleur et n'avait pas de métrorrhagie. Parfois cependant les règles durèrent 8 à 10 jours.

Elle devint enceinte il y a trois ans et demi. Sa grossesse fut normale et se termina par un accouchement à terme sans forceps.

Elle s'est levée au sixième jour. Retour de couches deux mois après.

Dix-huit mois après son accouchement parut une période menstruelle, la malade éprouve une douleur extrêmement violente dans le flanc gauche en allant à la garde-robe. Dans la journée elle eût plusieurs vomissements, des frissons, le ventre était gonflé et douloureux, la fièvre presque nulle.

Un médecin appelé a fait appliquer sur l'abdomen des sangsues et des cataplasmes pendant un mois, la malade a gardé le lit.

Quand elle s'est levée, les douleurs persistaient, s'irradiant vers les cuisses et les reins et surtout vives à droite.

Peu à peu elles ont disparu pour ne se montrer que les deux ou trois jours qui précèdent les règles. Pas de métrorrhagies, seulement une leucorrhée abondante.

Il y a cinq semaines, quelques jours après la fin des règles, nouvelle crise douloureuse aussi vive que la première fois, et accompagnée des mêmes symptômes généraux. La malade s'est appliquée le même traitement et a gardé le lit. Elle se levait au bout de quinze jours.

Actuellement celle-ci éprouve des douleurs aiguës, mais une douleur sourde localisée dans la fosse iliaque gauche, s'irradiant dans tout l'abdomen. Cette douleur se fait surtout sentir après une marche, une fatigue. La leucorrhée est abondante.

État général excellent. Aucune lésion cardiaque ou pulmonaire, pas d'état nerveux, seulement une constipation opiniâtre.

Examen. — Léger degré de cystocèle. Col utérin abaissé dans l'axe. Il est volumineux, mais sa muqueuse n'est pas excisée.

L'utérus en anti-flexion ou mieux en anti-courbure, mesure 8 centimètres.

Rien dans les annexes du côté droit, qui ne sont même pas douloureuses.

À gauche, l'ovaire est augmenté de volume il a la grosseur d'une noix. Il paraît libre de toute adhérence.

La trompe se présente sous la forme d'un cordon dur, du volume du petit doigt, régulier, de consistance sensiblement légale. Elle est douloureuse à la double pression.

En présence de ces signes physiques, M. Pozzi porte le diagnostic, d'endométrite avec salpingite catharrale gauche, et probablement poussées d'apoplexie ovarienne. Comme les phénomènes douloureux sont en somme peu accusés et ne descendent pas la laparotomie, il fait le curettage de la cavité utérine, on retire ainsi une quantité de fongosités.

A partir du troisième jour, injections iodées tous les deux jours pendant dix jours.

La malade se lève le quinzième jour.

Elle quitte l'hôpital vingt-deux jours après son curettage, ne souffrant plus, n'ayant plus de leucorrhée.

La trompe gauche a diminué sensiblement de volume, a perdu sa consistance dure. L'ovaire seul garde son volume primitif.

OBSERVATION XI (inédite)

Due à l'obligeance de M. Baudron, interne du service.

Salpingite catarrhale gauche consécutive à une endométrite probablement blennorrhagique. Curettage. Injections iodées. Guérison.

La nommée Eugénie Daur..., âgée de 20 ans, entre le 1^{er} avril 1889 à l'hôpital de Lourcine, salle Van Swieten, lit n° 2.

Les antécédents héréditaires sont bons. Elle n'a fait aucune maladie grave dans son enfance.

Réglée à 13 ans, toujours normalement.

Grossesse à 17 ans, terminée par un accouchement à terme. La malade s'est levée trois semaines après son accouchement. Retour de couches au bout de deux mois.

Depuis cette grossesse, les règles sont restées irrégulières, peu abondantes, pendant une période de quatorze mois environ. La malade éprouvait quelques douleurs sourdes à l'hypogastre, d'une façon intermittente, surtout à l'occasion d'une fatigue. Elle avait de la leucorrhée.

Il y a un an, elle contracta la syphilis pour laquelle elle est soignée à l'hôpital de Lourcine durant deux mois.

Depuis quatre mois la leucorrhée s'est augmentée. Les douleurs abdominales ont pris un caractère plus aigu et sont presque continues. Elles prédominent à gauche, s'irradient vers les reins et les cuisses. Les règles durent jusqu'à dix jours. La malade a eu deux métrorrhagies qui durèrent deux jours l'une, il y a un mois, l'autre il y a douze jours.

L'état général est bon. Jamais de fièvre.

Examen. — Col petit régulier, dévié vers la droite. L'utérus est en latéro-version gauche légère. Sa cavité mesure 9 centimètres.

L'examen des annexes montrent qu'elles sont saines du côté droit.

Du côté gauche l'ovaire est sain et libre d'adhérences. La trompe est volumineuse (comme le petit doigt), flexueuse, d'une consistance dure, douloureuse à la pression.

• *Diagnostic.* — Salpingite catharrale gauche consécutive à une endométrite probablement blennorrhagique.

• Curettage le 19 avril.

Cinq injections iodées à partir du 23 avril tous les deux jours.

Séjour au lit pendant quinze jours.

La malade quitte l'hôpital le 13 mai complètement guérie. Les leucorrhées et la leucorrhée ont disparu.

La trompe gauche est considérablement diminuée de volume et n'est plus douloureuse à la pression.

OBSERVATION XII (inédite)

Due à M. Baudron interne de M. le Dr Pozzi.

Endométrite. — Salpingite catharrale, kyste de l'ovaire droit, ovaire gauche polykystique et adhérent.

Curettage le 25 mai. — Laparotomie le 16 juin. — Guérison.

M^{me} L..., réglée à 11 ans, régulièrement, sans douleurs, pas de leucorrhée, a toujours eu un tempérament nerveux et délicat.

Pas de douleurs de ventre, pas de névralgies jusqu'à grossesse. 2 enfants.

Première grossesse en 1881, très pénible, douleurs et sensation de pesanteur dans le bas-ventre et sur la partie supérieure des cuisses, accouchement à terme, sans forceps, s'est levée 10 jours après, retour de couches 6 jours après, les règles ont continué régulièrement, peu de sang, quelques douleurs, sensation de pesanteur au moment de la menstruation, pas de leucorrhée.

Deuxième grossesse en 1886, pénible, douloureuse leucorrhée à

la fin de la grossesse, accouchement à terme, sans manœuvres, s'est levée 10 jours après, c'est de cette grossesse que date, au dire de la malade, le début de la maladie.

Début. — Après s'être levée (à la suite du deuxième accouchement) nausées, envie de vomir, énervements très accentués, trois métrorrhagies, dont une a duré 23 jours, leucorrhée abondante, hémotysie intestinale ! douleurs dans les reins, le bas-ventre, les cuisses, 4 mois après les dernières couches *péritonite*, ballonnement, vomissements, douleurs abdominales très intenses, fièvre, constipation, cette péritonite aurait duré trois mois.

Pendant cette maladie la malade a continuellement perdu du sang par le vagin,

Depuis que la malade s'est levée elle a toujours souffert du côté gauche, dans le rectum, à l'anus, de temps en temps métrorrhagie, névralgie intercostale, tiraillements épigastriques, ces phénomènes ont persisté jusqu'au moment de l'entrée de la malade, rue Blomet.

M. Pozzi, examine la malade. Il constate une endométrite, avec salpingite catarrhale gauche et bien que l'ovaire gauche parut volumineux et adhérent à la paroi pelvienne, il résolut de tenter d'abord le curettage utérin, suivi d'injections iodées, avant d'en arriver à une détermination plus grave.

Le curettage donne issue à une quantité considérable de fongosité, à partir de ce jour, après l'opération, on fit une injection de teinture d'iode tous les deux jours.

Ce traitement n'amène aucune amélioration. Les douleurs persistent avec violence. La laparotomie est proposée et acceptée, elle est faite le 16 juin. A l'ouverture de l'abdomen on tombe sur une tumeur blanchâtre, d'aspect nacré avant, le volume d'une très grosse orange. La consistance est molle, fluctuante, et l'on reconnaît facilement un kyste de l'ovaire droit prolabé en avant de l'utérus, entre cet organe et la paroi abdominale. Le kyste est ponctionné, attiré hors de l'abdomen, et son pédicule est lié par

trois points de suture. Puis il est abandonné dans l'abdomen après avoir été touché au thermocautère.

A gauche on tombe sur une masse de la grosseur d'un œuf, extrêmement adhérent à la paroi pelvienne, un peu au-dessus du trou obturateur, les adhérents sont tellement solides que le doigt ne parvient à les rompre qu'au prix de véritables efforts.

M. Pozzi énuclée ainsi un ovaire de la grosseur d'une noix, relié à l'utérus par une trompe légèrement augmentée de volume, d'aspect rougeâtre. Trompe et ovaire sont enlevées après ligature préalable du pédicule par une simple ligature à la soie. Le pédicule touche au thermocautère et à la solution phéniquée forte, et ensuite abandonné de la cavité abdominale.

Toilette du petit bassin. La surface au niveau de laquelle existaient les adhérences rompues, donne lieu à un léger suintement de sang que la compression a vite arrêté.

Suture de la paroi abdominale suivant le procédé ordinaire de M. Pozzi.

Pansement iodoformé.

Le premier pansement est levé 6 jours après. Réunion par première intention. Les fils sont enlevés le huitième jour.

Aucune réaction fébrile par l'opération. Le malade revu le 29 juin est parfaitement guéri et ne ressent plus la moindre douleur.

OBSERVATION XIII. (inédite).

Communiquée par M. le Dr Pozzi.

Ovario-salpigotomie double. Ovarite chronique et salpingite catarrhale. Opération de Battey. Guérison.

La nommée Marie B..., âgée de 27 ans, couturière. Entre à Pascal A, le 20 décembre 1887. Pas de maladie antérieure.

A été réglée à 16 ans. Les règles ont été régulières avant et de-

puis son mariage. Depuis 16 mois les règles avancent tantôt de 8 jours, tantôt de 4 ou 6. Leur durée moyenne est de 4 jours, très abondantes les 2 premiers jours, elles diminuent ensuite, elles se sont arrêtés depuis le 30 janvier 1886.

La malade a eu deux grossesses, la dernière le 12 octobre 1886, il y a 16 mois apportaient un soulagement. Ces douleurs siégeaient à l'hypogastre et dans les fosses iliaques, surtout du côté gauche. Elles s'irradient vers le sacrum et vers le thorax et le décubitus dorsal.

Il n'y a eu de métrorrhagie à aucune époque de la maladie.

Il y a 3 ans la malade a eu de la leucorrhée, l'écoulement était blanc, peu épais ; il a été arrêté par la cautérisation du col. La malade n'a jamais souffert en urinant. Cependant elle sent de la pesanteur sur la vessie et a été obligée quelquefois de se lever jusqu'à deux fois par nuit pour uriner.

Elle est assez souvent constipée, elle est sujette aux migraines et au vertiges, bien qu'elle n'ait jamais eu d'attaques de nerfs, elle est assez impressionnable.

Les accouchements ont été normaux, ainsi que les grossesses, le dernier accouchement a été particulièrement douloureux. Pas de suites de couches pathologiques au premier accouchement, la malade s'est levée au bout de neuf jours, après le deuxième elle est restée un mois au lit et a souffert du ventre. Il y a trois ans la malade a éprouvé des douleurs dans le côté gauche, qui s'irradiaient vers l'hypogastre quand elle se levait, quatorze mois après sa première grossesse, elle s'était fait soigner pour ses douleurs abdominales, on lui fit alors des cautérisations au nitrate d'argent sur le col utérin, les douleurs qui ont persisté ne sont pas continues, se montraient souvent après le repas, augmentaient avec la marche, une fatigue pendant le coït, les règles, l'examen par la palpation bi-manuelle fait constater une grande sensibilité dans la région des annexes sans tumeur appréciable.

M. Pozzi diagnostique une double salpingite catarrhale avec dégénérescence polykystique des deux ovaires.

Le 30 janvier. — Opération de Battey.

30 janvier. — Ovario-salpingotomie, dégénérescence microkystique des ovaires, salpingite catarrhale.

4 février. — On enlève les points de suture profonds et quelques fils superficiels qui tiraient. La partie inférieure de l'incision abdominale n'est pas complètement réunie, pas de suppuration. Pansement à la gaze iodoformée.

5 février. — Pansement au collodion iodoformé pour rapprocher les lèvres non réunies de la plaie.

6 février. — Pansement au collodion iodoformé.

7 février. — Le collodion a un peu irrité la peau autour de l'incision, en certains points l'épiderme a été arraché en enlevant le pansement.

Pansement à la vaseline boriquée, compresses boriquées.

18 février. — L'incision est entièrement cicatrisée. Le pansement est remplacé par une ceinture hypogastrique.

État de la malade à son départ pour le vésinet le 15 mars 1888 excellent.

OBSERVATION XVII (inédite)

Communiquée par M. le Dr Pozzi.

Ovario-salpingotomie double (opération de Battey) Dégénérescence polykystique des ovaires et salpingite catarrhale double.

Anaïs A..., âgée de 27 ans. Guérison.

Entrée le 15 mars 1888 à Pascal.

Rougeole à 9 ans, fièvre typhoïde à 13 ans.

La malade a été réglée à 13 ans ; depuis, elle l'a toujours été régulièrement.

Les règles reviennent tous les 25 jours et durent 6 jours, sont très abondantes et très douloureuses. Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 12 mars 1888.

Jamais de grossesse. Depuis l'âge de 13 ans, la malade ressent dans le bas-ventre des douleurs qui ne surviennent qu'au moment des règles. Ces douleurs ont toujours augmenté depuis lors. Elles s'accompagnent d'irradiations du côté des flancs et surtout des reins, et apparaissent tantôt dès les premières heures de l'établissement des règles, tantôt vers le deuxième ou troisième jour. Ces douleurs cessent en même temps que les règles. La malade a en outre à l'hypogastre une sensation de pesanteur continue qui a diminué depuis que M. Doléris lui a fait l'opération du Schröder il y a un an. La malade n'a jamais eu de métrorrhagie ni de leucorrhée. Depuis six mois les règles durent plus longtemps, neuf jours à chaque fois, pendant lesquels les douleurs sont tellement vives que la malade demande instamment à en être débarrassée au prix d'une opération.

Elle est nerveuse et impressionnable, mais n'a jamais eu d'attaques de nerfs. Pas de troubles vésico-rectaux. Rien à noter à l'examen des autres organes. On décide la malade à entrer dans le service pour se faire opérer à la suite de deux examens faits à la consultation externe qui avaient donné les résultats suivants :

1^{er} Examen. — Au toucher : col dirigé un peu en avant, très petit, dur. Orifice circulaire. Corps de l'utérus en rétroflexion, volumineux, enclavé, peu mobile, cul-de-sac latéral gauche occupé en partie par la tumeur, cul-de-sac latéral droit libre.

Au spéculum. — Orifice du col en cul de poule entouré de plis rayonnés (opération du Schröder).

Le cathétérisme se fait aisément. Cavité dirigée en arrière de 7 centimètres.

Diagnostic. — Métrite symptomatique d'une altération des trompes et des ovaires. La malade devra être examinée sous le chloroforme.

2° *Examen* (sous le chloroforme, 21 février 1888). — Le corps de l'utérus peut être redressé par les doigts introduits dans le vagin.

On ne trouve aucune tumeur ou induration dans la région des annexes. Il n'existe donc point d'altération appréciable à l'examen. Cependant les signes fonctionnels sont, d'après M. Pozzi, suffisants pour admettre son premier diagnostic.

Le 21 mars. — Ovariectomie et salpingotomie doubles. Anesthésie sous le chloroforme.

Incision médiane, allant de l'ombilic à 5 centimètres environ au-dessus du pubis.

Incision de la ligne blanche et du péritoine.

Les intestins étant refoulés en haut et maintenus par un des aides, on introduit une main dans la cavité abdominale pour se rendre compte de l'état des annexes utérins.

Les ovaires atteints de dégénérescences polykystique sont augmentés de volumes, les trompes sont très flexueuses, leurs parois très épaissies. L'ovaire gauche de la grosseur d'un œuf de poule est amené au dehors, on place une pince courbe sur le pédicule, qu'on sectionne après ligature double au catgut. On cautérise ensuite la tranche au thermo-cautère, puis on abandonne le pédicule. Les annexes du côté droit sont attirées au dehors et enlevées après pincement du pédicule avec la pince courbe, ligature double du catgut, et cautérisation au thermo-cautère de la tranche.

On revient à la trompe gauche, on la pince, on la lie, la sectionne et on en cautérise la tranche.

A ce moment par le toucher vaginal on s'aperçoit que la tumeur occupant le cul-de-sac postérieur et précédemment pris pour le fond de l'utérus n'était autre que l'ovaire gauche. Le cul-de-sac postérieur est maintenant libre.

Toilette du péritoine et des intestins, sutures en surjet de l'incision péritonéale, suture musculaire double, place de suture su-

perficielle et profondé réunissant la peau. Toutes ces sutures sont faites au catgut.

Durée de l'opération 3/4 d'heure. Pansement à la gaze iodoformée, recouverte d'ouate hydrophle ordinaire et de charpie de bois.

22 mars. — La malade se plaint de douleurs abdominales violentes qui l'ont empêchée de dormir.

Elle perd un peu de sang par le vagin.

Lavement de vin et de glycérine avec huit gouttes de laudanum.

La malade boit un peu de champagne et de sirop de groseilles. Injection hypodermique le soir de un quart de centigramme de morphine.

23 mars. — Écoulement de sang par le vagin. Douleurs un peu moins vives. Lavement de vin et glycérine.

24-25 mars. — Bon état général. L'écoulement vaginal de sang persiste, la malade mange un œuf.

26 mars. — Dans la matinée douleurs abdominales très vives que calme un lavement avec 12 gouttes de laudanum.

27 mars. — Pas de douleurs, un peu d'écoulement de sang par le vagin. Dans la soirée la malade perd un gros caillot. Le pansement a été changé, réunion complète,

28 mars. — La malade ne perd plus que très peu. Pas de douleur.

29 mars. — Ni pertes, ni douleurs.

1^{er} mars. — L'écoulement du sang par le vagin recommence très faible pour ne disparaître définitivement que 15 jours après, une petite poche sanguine soulève l'épiderme au bas de la cicatrice, on la perce, il s'en écoule deux cuillerées à bouche de sang. Puis cette hémorrhagie de la cicatrice s'arrête.

11 avril. — La malade qui n'avait pas ressenti de douleurs depuis près de 15 jours, se lève pour la première fois. Dans la soirée elle ressent quelques coliques.

12 avril. — La malade reste au lit et ne ressent aucune douleur.

13 avril. — La malade se lève et ne souffre plus du tout.

La malade quitte l'hôpital n'éprouvant plus la pesanteur hypogastrique qu'elle avait continuellement auparavant. Elle ne ressent plus les douleurs vives qui accompagnaient les règles.

Au toucher les culs-de-sac sont libres, l'utérus mobile.

Ici encore il s'agit réellement d'une opération de Battey, et la salpingite jouait un rôle accessoire. Elle n'aurait pas à elle seule justifié l'opération qui a eu surtout pour objet de combattre les phénomènes douloureux et réflexes.

CONCLUSIONS

I. — Le traitement des salpingites doit varier avec la forme que revêt cette affection. Il doit pour ainsi dire être *gradué selon la lésion*.

II. — La salpingectomie n'est pas, comme semblerait l'indiquer la pratique de quelques chirurgiens, l'unique remède des affections tubaires. Elle reste le traitement rationnel des pyo-salpingites confirmées des hémato-salpingites volumineuses et des salpingites tuberculeuses les plus légères quand elles pourront être diagnostiquées. Suivant qu'on redoutera ou non une hémorrhagie, une diffusion de produits septiques dans la séreuse péritonéale, la laparotomie sera faite avec ou sans drainage consécutif. Le tamponnement de Mickuclikz combiné au tube en croix constitue un drainage excellent à la fois hémostatique et protecteur. Il doit être réservé aux cas graves.

III. — La salpingectomie dans les formes desalpingites, dites catarrhales est une *mutilation inutile*. Elle doit être repoussée par tout chirurgien qui regarde au delà d'une statistique.

IV. — Le curettage de l'utérus suivi d'injections de teinture d'iode, selon la méthode de M. Pozzi, constitue le traitement de choix des salpingites catarrhales. Il devra être appliqué avant intervention plus grave, aux pyo-salpingites récentes et peu accusées et aux hémosalpingites légères.

V. — Les formes catarrhales sont justiciables de la laparotomie quand elles s'accompagnent de douleurs intolérables dues à la dégénérescence poly-kystique des ovaires ou encore à l'adhérence d'un de ces organes malades à la paroi pelvienne. Mais dans ce cas l'ovariotomie est tout, la salpingectomie n'est en quelque sorte qu'un complément de cette opération.

Vu par le Président de la thèse,

DAMASCHINO

Vu par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALBAN DORAN. — Obst. Soc. Lond.; 6 octobre 1886.
- APOSTOLI. — Hydrosalpinx guérie par l'électricité. Union médicale, 89, p. 330-38, 358.
- ARAN. — Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus.
- BARDET. — Th., Paris, 1883.
- BOUCHARD. — Leçon du 20 juin, 1889. Note inédite.
- BOUCHARD ET LÉPINE. — Syphilis de la trompe. Soc. de biologie. Mars 1886.
- BAUDL. — Krankheiten den Euben.
- BREACKING. — Observations on the conservative treatment of diseases of the female pelvi organes their hosty mutilation by the knife. Arch. g. obst. N. 3, 1889.
- BONNECAZE. — Thèse de Paris, 9 juillet 1889.
- BENY-HURD. — Freeland Barbour. Gynécologie, 1886.
- BABACCI. — Troisième congrès italien de chirurgie. Mai 1889.
- BOLDT. — Am. J. of obst., février 1888. Interstitial salpingitis.
- BROUARDEL. — Th., Paris, 1865.
- BYFORD. — Gynéc. Soc. Chigago, 1887.
- COSCHING. — The Pathology and diagnosis of so called pelvi-cellulitis. Am. Gyn. Post., 1889. N° 2.
- CORNIL. — Anatomie pathologique des métrites, des salpingites, etc., 1889.
- CORNIL ET TERRILLON. — Arch. de physiol., 1887, n° 8.
- COURTY. — Maladie des femmes.
- CROOM. — Edimb. Med. J. 1887, p. 173.
- DAGRON. — Bull. Soc. Anat. janvier et février, 1888. Pyo-salp.
- DALCHÉ. — De l'ovarite. Th., Paris, 1885.
- DESPRÉAUX. — Curetage de l'utérus, Th., Paris, 1888.
- DOLORIS. — Nouvelle Arch. d'obst., 1889 et société d'obst. et de gynéc. de Paris. Février 1889.

- ELLIOT. — Chr. salp. Amer J. of obst. Février 1887.
- EMMET. — Maladie des femmes. Troisième édit. Am. Gyn. Soc., 1888. Salpin.
- ÉDOUARDS (Blanche). — Salp. interst. Progrès médical, n° 7, 1889.
- FELLUER DEPE. — Brit. Gynéc. Soc. 20 mars, 1882.
- FREUND. — Congrès Allem. de gyn. Juin, 1889.
- GALLARD. — Maladie des ovaires.
- GAILLARD THOMAS. — Maladie des femmes, troisième édit.
- GOODELL. — Am. Gyn. Soc., 1886. Discussion.
- GOLTSCHALK. — Zur Behaudlung der pyo-salpino. Deutsche Medizinal Zeitung, n° 30, 1889.
- GOLLEMOERTE. — Phagocytose. Rev. scient. 21 janvier 1888 et 8 juin 1889.
- GUGGEMOS. — Th. Paris, 1885.
- GULSEROW. — Cinquante-neuvième congrès des nat. Allem. Berlin. Extirpation des salpingites.
- HALLÉ. — Thérapeutique utérine antiseptique. Gazette des hôpitaux, 11 février 1888.
- HEGAR. — Genitale tuberculose der Weibe-Huttgart, 1886.
- HOFFMANN. — Pyo-salpin. J. Am. Medical assoc. n° 12, Chicago, 1889.
- HOFFMEIER. — Gynécologie opératoire, 1882.
- HORTELOUP ET ROUTIER. — Soc. chir. 12 octobre 1887, salp. tuberc.
- IMLACH. — Lancet 3 octobre 1886.
- IONES (H. M.). — The use and abuse of massage in gynec. practice Prov. med. J. Leicester, 1889, n° 8.
- KANTENBACH. — Gynec. opératoire, 1887.
- KOEBERLÉ. — Pyo-salpingite se vidant par l'utérus. Gazette med. de Strasbourg, 1873.
- KELLY. — Obst. soc. Philad. 6 janvier, 1886.
- LAVIE. — Des salpingites. Th. Paris, 1888.
- LAWSON TAIT. — Brit. med. soc. 22 décembre, 1883, et 12 mars 1889. Discussion.

- LAWSON TAIT. — Maladie des ovaires, 1886.
» The Lancet mars, 1889.
- LEWERS. — Recherches anatomiques. Obst. soc. of London, 4 mai 1887.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Soc. anat. Paris, 13 janvier 1882.
» Soc. de chir., février 1889.
- MACAN. — Brit. gyn. soc. 29 mars 1885. Discussion.
- MACNOUGHTON. — Brit. soc. 20 mars. 1889. Discussion.
- MITCHNIKOFF. — Annales de l'Institut Pasteur août 1887, et rev. scient. 8 juin 1882.
- MACOCO. — 3^{me} congrès Italien de chirurgie, mai 1882.
- MARTIN. — Gesells chaffür Geburtschilfe und gynæcologie 28 janvier 1887.
» Traité clinique des maladies des femmes. Trad. 1889.
- MONPROFIT. — Salpingites. Th. Paris, 1888.
- MUNDEJ. — Nombreux articles et communications sur les tubo-ovarites. Am. J. of obst. Février 1888.
- NOEGGERATH. — Gonocoques et salping. Am. J. of obst. octobre 1885.
- ORTHMANN. — Anatomie normale et pathologique des trompes Virchow's archiv. 1887.
» Congrès de la soc. Allem. de gynécologie, 14 juin 1889.
- PORAK. — Nouvelle archive d'obst. avril 1887.
- POULLET. — Lyon méd. 1888.
- PAJOT. — Société d'obst. et de gyn. de Paris, curettage utérin, février 1889. Discussion.
- POZZI. — Soc. chirurg. octobre 1887.
- POZZI. — Hématosalp. Soc. chir. Paris, février 1888 et 1889.
- PRICE. — Pyo-salp. Philad. obst. Soc. avril 1887.
» New-York. med. J. 1886.
- POIRIER. — Soc anat. 9 février 1889.
- ROUTIER. — Soc. chir. 12 octobre 1887.
- ROUTH. — obst. Soc. Lond. novembre 1886.

- SAENGER. — Classif. and étiologie of salp. Lether to the Amer. J. of obst. 1887.
- » 3^{me} Congrès de gyn. Allem. Juin 1889. Discussion.
- STRAUS. — Soc. de biologie, 1888.
- SCHLESINGER. — Laparo-salpingotomie. Dissert. inaugurale St Pétersbourg, 1887.
- SCHROEDER. — Maladies des organes génitaux de la femme.
- SINÉTY. — Manuel de gynécologie.
- SIREDEY. — Art. pelvi-péritonite, Dict. de Jaccoud.
- TÉDÉNAT. — Oop-salping. Montpellier méd., mars 1888.
- TERRIER. — Soc. chir. 1883.
- TERRILLON. — Académie de méd. 31 mai 1887.
- » Annales de gynec. Novembre 1887 et mai 1889.
- » Archives de Tocologie, mai et juin 1889.
- » Salp. Tuberc. Bull. méd. 10 juillet 1882.
- TROMBLETA. — Congrès ital. de chir., Mai 1889.
- THUM — Société Império-royal de médecine de Vienne, 29 mars 1885.
- TRÉLAT. — Archives de tocologie, 15 septembre 1886.
- TILLAUX. — Clinique chirurg. 1889.
- VAN DER BEER. — Extirp. des annexes. Am. J. of obst. Mai 1887.
- VALLIN. — Th., de Paris 1887.
- VEIT. — Soc. d'obst. de Berlin, 16 décembre 1886.
- WIDOW. — Tuberc. génitale. Cent. für Ginek., 1885, n° 10.
- WYLIE. — Diseases of the. fallopian Tubes médical., Record, 24 janvier 1885.
- WALTON. — Pelvipéritonite, son traitement par le curettage de l'utérus. Académie de médecine de Belgique, 28 janvier 1888.
- WERTH DE KISL. — Pio-salpingite gonorrhéique. Congrès allemand de gynécologie, 14 juin 1889.
- ZUCKERKAUDL. — Wiener médicale. Press, 16 février 1889.

APPENDICE

ALFRED SMITH. — Royal Academy, of medecine in Ireland. The Lancet, 20 juillet 1889, p. 116.

CHARLES J. CULLINGWORTH. — The Etiological Importance of Gonorrhœa in relation to some of the more common diseases of Women The British med. Journal 20 juillet 1889, p. 122.

